د. غسان يعقوب

سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي

(إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة)





الفارابي

سيكولوجيا الحروب والكوارث

سيكولوجيا الحروب والكوارث
ودور العلاج النفسي

(اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة)

PTSD

د. غسان يعقوب

استاذ علم النفس بالجامعة اللبنانية
عضو الجمعية العالمية للعلاج النفسي

دار الفارابي

الكتاب: سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي
المؤلف: د. غسان يعقوب
الناشر: دار الفارابي - بيروت - لبنان
ت: ٣٠١٤٦١(٠١) - فاكس: ٣٠٧٧٧٥(٠١)
ص. ب: ١١/٣١٨١

الطبعة الأولى ١٩٩٩

DAR AL FARABI
(Société des Imprimés Libanaise s.a.l.) Beyrouyh - Liban
Tel: (01)301461 Fax: (01)307775 - P.O.Box 3181/11
e-mail: farabi@inco.com.lb

محتوى الكتاب

تمهيد 5

الفصل الأول: سيكولوجيا الحروب والكوارث 13

أولاً: الحروب 14

ثانياً: الكوارث 25

ثالثاً: حوادث الحياة اليومية 30

مراجع الفصل الأول 34

الفصل الثاني: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والعوارض الأولية والثانوية 37

أولاً: تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة 37

ثانياً: السمات الرئيسية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة 42

ثالثاً: مصير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة 55

رابعاً: العوارض الثانوية 58

مراجع الفصل الثاني 64

الفصل الثالث: أشكال اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومراحله 67

أولاً: كيف يتطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؟ 67

ثانياً: كيف يتشكل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؟ 70

مراجع الفصل الثالث 81

الفصل الرابع: تشخيص اضطراب ضغوط
ما بعد الصدمة ووسائل التقويم والقياس 83

أولاً: الاختبارات التقليدية 83

ثانياً: المنهجية المتعددة 86

ثالثاً: الإختبارات والإستبيانات 86

مراجع الفصل الرابع 102

الفصل الخامس: عمليات التعذيب وغسل الدماغ 105

أولاً: تعريف التعذيب وطرح المشكلة 105

ثانياً: أساليب التعذيب 109

ثالثاً: نتائج التعذيب 111

رابعاً: غسل الدماغ 114

خامساً: وسائل الحد من التعذيب 121

مراجع الفصل الخامس 128

الفصل السادس: وسائل العلاج 131

أولاً: العلاج الطبي 132

ثانياً: العلاج السلوكي ـ المعرفي 133

ثالثاً: التنويم المغناطيسي 141
رابعاً: العلاج الجماعي 142
خامساً: العلاج العائلي 146
مراجع الفصل السادس 150

الفصل السابع: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال 153
أولاً: أنواع الصدمة وصفاتها: 153
ثانياً: دراسة الصدمة عند الأطفال موضوع حديث 154
ثالثاً: الأحداث الصادمة وعوامل المخاطرة: 158
رابعاً الأبحاث قبل عام ١٩٨٥: 160
خامساً: العنف السياسي 162
مراجع الفصل السابع 167

الفصل الثامن: علاج اضطراب
ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال 171
أولاً: المقابلة العلاجية 171
ثانياً: العلاج السلوكي 178
ثالثاً: العلاج الجماعي 179
رابعاً: العلاج باللعب (PLAY THERAPY) 180
مراجع الفصل الثامن 191

الفصل التاسع: كيف يمكننا مساعدة الأطفال المصدومين 193
أولاً: تعامل الأطفال مع الصدمات والضغوط 195

ثانياً: مساعدة الأطفال 200

ثالثاً: كيفية المساعدة وأعداد البرامج: 203

مراجع الفصل التاسع 208

الفصل العاشر: دراسة بعض الحالات 211

أولاً: الآثار النفسية للتعذيب والأسر: 211

ثانياً: العلاج 214

ثالثاً: مناقشة النتائج 217

الخلاصة: 231

أولاً: الانجراحية البيولوجية 232

ثانياً: الانجراحية النفسية 234

ثالثاً: مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة والتوجهات المستقبلية 236

رابعاً: الصدمة ونمو الذات 238

مراجع الخلاصة 241

تمهيد

البطل الحقيقي هو من يعمل من أجل السلام
وليس من أجل الحرب.

ما هي الإنعكاسات النفسية للحروب والكوارث على الأشخاص الذي يتعرضون لها ويعانون منها؟ إلى متى يستمر الإضطراب الناجم عن هذه الأعمال؟ وما هو دور العلاج الطبي والنفسي؟

إن القارىء سوف يجد الردود على هذه التساؤلات في الفصول التالية. لقد جاءتني فكرة هذا الكتاب عندما بدأت العمل في مركز الرقعي التخصصي(*).

نعتقد أن طرح موضوع سيكولوجيا الحروب والكوارث في هذا الكتاب يمكن أن يشكل مسألة إستراتيجية وحيوية بالنسبة للبلدان العربية باعتبار أن هذه المنطقة قد تعرضت حتى الآن لسلسلة من الحروب وأعمال العنف (الحروب الإسرائيلية العربية، الحرب اللبنانية، حرب العراق وإيران، حرب

(*) أنشىء هذا المركز عام ١٩٩١ في الكويت وهو يرمي إلى تأهيل وعلاج الناجين من الأسر وجميع الذين تضرروا نفسياً من جراء الحرب.

تحرير الكويت، أعمال القمع والتعذيب التي تمارسها قوات العدو الإسرائيلي ضد الفلسطينيين وضد رجال المقاومة اللبنانية الخ).

كثير من المآسي والآلام النفسية نجمت عن هذه الحروب ولا يزال الآلاف من الناجين يعانون منها حتى الآن ولكن دون أن يدري بهم أحد وذلك لافتقار الدراسات الإكلينيكية والميدانية. إن معظم هؤلاء لا يلقون أي اهتمام بهم ولا يجدون العناية اللازمة باعتبار أن هذا الموضوع لم يطرح بعد في مجتمعاتنا بشكل علمي ولم يدرك المسؤولون في البلدان العربية جسامة الأخطار النفسية على العسكريين والمدنيين والأطفال. لذا هناك حاجة ماسة لإنشاء مراكز متخصصة تقوم بالأبحاث النفسية المطلوبة وتوفر خدمات التأهيل والعلاج النفسي والطبي المناسب للناجين من أهوال المعارك والتعذيب وأعمال العنف، لأن الهدف هو مساعدة الناجين على استعادة تكيفهم من جديد حتى يستطيعوا أن يساهموا في بناء أسرة سليمة ومجتمع متقدم. لقد تبين لنا أن الناجين من الأسر والتعذيب لا يستطيعون التكيف مع أنفسهم وعائلاتهم والآخرين وبالتالي فهم عاجزون على التكيف مع ظروف العمل (الغياب المستمر وحالة التوتر والتعصيب والإنسحاب الإجتماعي).

إن الإضطراب البارز الذي يعاني منه الناجون من التعذيب وأهوال الحروب وأعمال العنف والإرهاب والكوارث يعرف باسم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو اضطراب ما بعد الصدمة(*) POST - TRAUMATIC) (STRESS DISORDER، وهو اضطراب مستقل له مواصفاته وعوارضه المميزة وقد تم تصنيفه كفئة مرضية عام ١٩٨٠ (جمعية الطب النفسي الأميركية). وسوف ندرس بالتفصيل هذا الاضطراب في الفصل الثاني على

(*) سوف نعتمد هذه التسمية بدلاً من الأولى وذلك تسهيلاً للاستعمال.

أن نتناول في الفصل الأول تأثير الحروب والكوارث على الناجين منها. وتتناول الفصول الأخرى دراسة أشكال اضطراب ما بعد الصدمة ومراحله، عمليات التعذيب وغسل الدماغ، انعكاسات الحروب والكوارث على الأطفال. وهناك فصلان مخصصان للعلاج النفسي وفصل آخر لمساعدة الأطفال وتأهيلهم أما الفصل العاشر فيتناول دراسة بعض الحالات التي قمنا بعلاجها.

الفصل الأول

سيكولوجيا الحروب والكوارث

التاريخ البشري حافل بالحروب والمجازر. سبعة وخمسون مليون شخص ماتوا بسبب الحربين العالميتين الأولى والثانية. وهناك اليوم في مختلف أنحاء العالم العديد من الحروب والنزاعات الإقليمية والداخلية عدا أعمال العنف والإرهاب والتعذيب والكوارث الطبيعية وحوادث المرور والطيران.

لقد تبين أن هذه الأعمال جميعها تؤدي إلى اضطرابات نفسية عند الذين يتعرضون لها وإن هذه الاضطرابات قد تستمر لسنوات طويلة.

(QUARANTELLI 1985, SPEED 1989, GOLDSTEIN 1987)

وجدنا من المفيد أن نتناول هنا ثلاثة مواضيع أساسية:

- الحروب
- الكوارث
- حوادث الحياة اليومية مثل الإغتصاب وحوادث المرور.

اولاً: الحروب

الحرب كارثة بشرية لأنها من صنع الإنسان. فالحرب تقسّي حتى النفوس النبيلة وتخلق عند الجندي موتاً للوجدان وميلاً للهمجية. لن نبحث هنا في أسباب الحروب والنزاعات السياسية لأن هذا الموضوع يخرج عن إطار اختصاصنا وعن طبيعة البحث الذي نقوم به. وإنما نكتفي بالإشارة إلى النتائج النفسية السيئة للحروب.

يعطي الجدول التالي فكرة موجزة عن هذه النتائج (SOLOMON et al 1986):

العوارض	النسبة العامة %	اسرائيل وغزو لبنان 1982	حرب اكتوبر 1973	الحرب العالمية الثانية	الحرب العالمية الأولى
- القلق	٥٥	x	x	x	x
- الاكتئاب	٣٧	x	x	x	x
- اضطراب النوم	٣٣	x	x	x	-
- الخوف	٢٣	x	x	-	-
- الإنسحاب الاجتماعي	٢٣	x	-	-	x
- عوارض هستيرية	٢١	x	x	x	x .
- البكاء	٢١	x	-	-	-
- ضعف الشهية	١٩	x	-	x	-
- الصداع	١٦	-	-	x	-
- الإرهاق	١٧	-	-	x	-
- الاضطراب الحركي	١٦	-	x	-	x
- كوابيس	١٣	-	x	x	-
- الرجفة	١١	-	-	-	x
- ضعف التركيز	١١	-	-	-	x
- التفكك الذهني	١١	-	x	-	x

من الملاحظ أن الكثير من العوارض المذكورة في هذا الجدول تدخل اليوم في اضطراب ما بعد الصدمة. غير أن هذا الاضطراب لم يبدأ تصنيفه العلمي قبل عام ١٩٨٠. وسوف نرى أن الدراسات الحديثة التي تناولت الجنود القدامى (الحرب العالمية الثانية وحرب فيتنام الخ) قد أظهرت أن قسماً من هؤلاء الجنود يعاني حتى الآن من اضطراب مابعد الصدمة، أي أن الاضطراب قد استمر لسنوات طويلة أو أنه قد ظهر متأخراً.

١ ـ الحرب العالمية الثانية وحرب فيتنام

وجد DAVIDSON وزملاؤه (١٩٩٠) إن اضطراب ما بعد الصدمة كان أقوى وأشد عند الجنود الأميركيين الذين اشتركوا في حرب فيتنام وذلك بالمقارنة مع جنود الحرب العالمية الثانية، لأن الناجين من حرب فيتنام قد تعرضوا لأهوال المعارك وهم يتذكرون بمرارة شديدة الأجساد المشوهة والمقطعة وجثث الأطفال وموت الزملاء. وهذه كانت أسوأ مشاهد الحرب بينما كانت أسوأ صور الحرب العالمية الثانية، الجراح والأسر.

لقد تضرر جنود فيتنام أكثر من جنود الحرب العالمية الثانية نظراً لتشابك العوارض النفسية والظروف العسكرية السيئة. إلى جانب اضطراب ما بعد الصدمة، كان هناك الخوف والقلق العارم وطغيان فكرة الموت والذنب والاضطرابات الصحية وتعاطي الكحول، بينما جاء تعاطي الكحول متأخراً عند جنود الحرب العالمية الثانية أي بعد مضي سبع سنوات من نهاية الحرب. وهذا التأخير يرتبط بالظروف النفسية والصحية السيئة (المرجع السابق). وهناك حالات قد يظهر فيها اضطراب ما بعد الصدمة بعد عدة سنوات.

وقد لاحظ (VAN DYKE 1985) بأن تدهور الصحة والتقدم في السن عند الجنود القدامى يترافق بظهور اضطراب ما بعد الصدمة وبعودة الذكريات المؤلمة.

وفي دراسة مقارنة على جنود فيتنام وجنود الحرب العالمية الثانية (MILLER 1992) تبيَّن أن أفراد الفريق الأول يعانون أكثر من اضطراب ما بعد الصدمة ومن القلق الشديد واضطراب الشخصية والسلوك والإكتئاب. بينما ترتفع عند جنود الحرب العالمية الثانية درجة الاضطرابات السوماتية أو الشكوى الصحية (SOMATIZATION). من جهته، قام BLAKE وزملاؤه (١٩٩٠) بدراسة على ١٦١ شخصاً من المحاربين القدامى (حرب فيتنام والحرب العالمية الثانية وحرب كوريا) وقد وجدوا أن هناك ٤٦٪ من جنود فيتنام يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة مقابل ٣٠٪ لحرب كوريا و٢٨٪ للحرب العالمية الثانية.

إن الأبحاث التي جرت على أسرى الحرب العالمية الثانية والناجين من معسكرات التعذيب أظهرت أن المعاناة قد طالت أكثر مما يتصوره العقل. قام GOLDSTEIN وزملاؤه (١٩٨٧) بدراسة على ٤١ أسيراً أميركياً من السجون اليابانية (الحرب العالمية الثانية) وقد وجدوا بعد انقضاء أربعين عاماً أن هناك ٥٠٪ من الجنود يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (الأفكار الداخلية، الكوابيس، الإنطواء، صعوبة التركيز والهموم الصحية). وهناك دراسات أخرى قد كشفت عن نتائج مماثلة، ففي دراسة على ٤٤٢ أسيراً من المعسكرات النازية واليابانية (ZEISS and DICKMAN 1988) تبين أن هناك ٢٥٪ من الأسرى السابقين يعانون باستمرار من اضطراب ما بعد الصدمة مقابل ٦٢٪ ممن يعانون من الاضطراب المذكور بصورة متقطعة. وهذا يعني أن اضطراب

ما بعد الصدمة ليس اضطراباً ثابتاً بل إنه اضطراب متحرك يعلو وينخفض كالموج. أما SPEED وزملاؤه (١٩٨٨) فقد وجدوا في دراستهم على ٦٢ أسيراً من الحرب العالمية الثانية أن هناك ٥٠٪ منهم قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة، غير أن هناك ٢٩٪ فقط من الأسرى قد استمر لديهم الإضطراب المذكور أكثر من أربعين عاماً. وقد تبين أن ذكرى الأسر والتعذيب لا تزال حية في رؤوسهم.

بالإضافة إلى ذلك، تبين أن هؤلاء الناجين يعانون أيضاً من نقص واضح في الوزن. ومن جهته، يشير (HOVERS 1993) إلى أن هناك حوالي ٥٦٪ من عناصر المقاومة الدانمركية (ضد الاحتلال النازي) قد اصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة. بالرغم من مرور أكثر من أربعين عاماً، فإن عوارض الاضطراب لا تزال قائمة حتى الآن عند البعض منهم بما في ذلك الحساسية الزائدة للجهاز العصبي المستقل (اضطراب النوم، استجابة الأجفال، الذكريات المؤلمة).

بالنسبة لحرب فيتنام يشير (KULKA 1990) إلى أن هناك ١٥٪ من الجنود (أي حوالي ٤٧٩ ألف) يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة مقابل ٨٪ للنساء اللواتي شاركن في الحرب المذكورة.

إن حرب فيتنام تعتبر كارثة وطنية بالنسبة للأميركيين (خسائر مادية وبشرية كبيرة). عدا الهزيمة التي الحقت بهم، فإن عدداً كبيراً من الجنود لم يتخلص حتى الآن من الآثار النفسية السيئة لتلك الحرب.

ويكفي أن نذكر أن هناك ٣٠ ـ ٤٠٪ من الجنود قد أصبحوا من المنحرفين ومن ذوي الشخصيات المعادية للمجتمع (FOY 1995).
وجدير بالذكر أن الجنود الأميركيين لم يجدوا في فيتنام منطقة آمنة أو محايدة بالإضافة إلى الصعوبة في إشباع حاجاتهم الأساسية. إذ كانوا

يعيشون في حالة من الخوف والرعب. وبالرغم من التدريب العسكري الجيد، فإن المعنويات لم تكن مرتفعة وكان الجنود يشعرون بالإحباط والضياع والخوف إزاء شجاعة المقاتلين الفيتناميين وشراستهم.

لقد كان الجندي الأميركي يرى أمامه الجرحى والقتلى وكان ينقل بنفسه الجثث المشوهة... وهذه الذكريات الفظيعة بقيت حية حتى الآن عند العديد من الجنود المذكورين.

٢ ـ الناجون من المجازر النازية:

وطالما نحن نعالج بعض الإنعكاسات النفسية السيئة للحرب العالمية الثانية وحرب فيتنام، فلا بد هنا من الإشارة إلى وضع اليهود الناجين من المجازر النازية (HOLOCAUST) وكذلك الناجين من القنبلة الذرية في اليابان.

إن الدراسات السابقة التي جرت على اليهود الناجين من المجازر النازية اكتفت بالتركيز على مساعدتهم (الموارد الاجتماعية والدعم الاجتماعي). وجدير بالذكر أن الدراسات الإكلينيكية المعمقة حول هذه الفئة من الناجين قليلة جداً لدرجة يبدو لنا بأن هؤلاء الناجين قد تخلصوا نهائياً من آثار الصدمة. غير أننا نذكر هنا دراسة حديثة قام بها كل من KRUCH وCOX (١٩٩٢) وقد تناولت ١٢٤ شخصاً من الناجين. ضمت العينة ثلاث مجموعات:

- مجموعة من معسكرات الاعتقال.
- مجموعة من مراكز التعذيب.
- مجموعة من الأشخاص الذين كانوا يختبئون ويهربون من الملاحقة.

توصل الباحثان إلى أن ٥١٪ من أفراد المعسكرات يعانون من

اضطراب ما بعد الصدمة مقابل ٦٥٪ لمراكز التعذيب. وتبين أن الناجين من التعذيب يعانون أكثر من سواهم أكان ذلك من حيث شدة العوارض أو الاضطراب النفسي. وتبين أيضاً أن عدداً من الناجين يعانون أيضاً من الصداع والغثيان واضطرابات في الجهاز الهضمي. وهناك ٨٠٪ من الناجين من مختلف المجموعات يتناولون المهدئات العصبية والعقاقير. وبالنسبة للعلاج النفسي، هناك فقط ١٧٪ من الناجين قد تلقوا جلسات في هذا المجال.

أظهرت دراسة KRUCH و COX (١٩٩٢) أن الاضطراب النفسي قد استمر حوالي خمسين سنة. غير أن المعاناة تظهر أكثر عند الناجين من مراكز التعذيب.

لقد كان الناجون يتجنبون المواقف والضغوط الصعبة والفحوص الطبية ومراجعة الأطباء واستجواباتهم هرباً من استعادة الذكريات المؤلمة. وهذا ما أسدل الستار على حقيقة الحالة النفسية عند هؤلاء الناجين.

٣ ـ الناجون من القنبلة الذرية

لا بد لنا من أن نذكر كلمة عن الناجين من القنبلة الذرية في اليابان (الحرب العالمية الثانية) وما تركته من آثار سلبية ومؤلمة جداً على الصعيد السيكولوجي. درس (LIFTON 1967) هذه الآثار وحدد أربع مراحل لاضطراب ما بعد الصدمة وقلق الموت:

- الإستغراق في فكرة الموت والعدم.
- الخوف من التلوث الإشعاعي.
- الخوف من الآثار اللاحقة.
- التوحد مع الشخص الميت.

١ ـ الاستغراق في فكرة الموت:

ويسميه LIFTON وصمة الموت أو قلق الموت نتيجة لتجربة الإنفجار الذري المرعب. إنه الإنتقال الفجائي من حياة طبيعية إلى جحيم الرعب والموت. فاليأس أو الخوف من العدم يسيطر على تفكير الناجين.

٢ ـ التلوث غير المنظور:

إنه الخوف الشديد من انتشار الإشعاع الذري بحيث لا يمكن رؤيته والسيطرة عليه. وفي هذه المرحلة، تظهر إشاعات تقول بأن مدى حياة الناجين لن يتعدى ثلاث سنوات وأن المواطنين لا يمكنهم العودة إلى منازلهم وأرضهم قبل ٧٠ سنة. يضاف إلى ذلك الخوف الشديد من تعرض الجسم للإشعاع والأمراض الخبيثة والفناء المحتَّم. وهذا الخوف يترافق بشعور عميق باليأس والعجز.

٣ ـ الآثار اللاحقة:

حيث يعتقد الناجون بأن الأجيال الطالعة سوف تكون مهددة بالسرطان والموت.

٤ ـ التوحد مع الشخص الميت:

إذ يحاول الناجون أن يتوحدوا مع الموت ومع من ماتوا، وهم بذلك يشعرون بالقلق والذنب لأن سواهم من الأهل والأقرباء والأصدقاء قد ماتوا بينما هم بقوا على قيد الحياة. لذا، فهم يشعرون بأنهم ملزمون بالتوحد مع الميت وهم يتصرفون أحياناً وكأنهم موتى.

ويخلص LIFTON إلى القول بأن مأساة الناجين من القنبلة الذريه تتلخص في عدم قدرتهم على التخلص من الوضع النفسي المرير بعكس الناجين من مجازر اليهود مثلاً، إن طبيعة الصدمة هنا تختلف جداً. ويبدو أن آثار القنبلة الذرية كانت أعمق بكثير من باقي الكوارث والصدمات.

٤ ـ انعكاسات الحرب في لبنان على الجنود الإسرائيلين:

في حرب اكتوبر عام ١٩٧٣ بين العرب والعدو الإسرائيلي، تم إخراج العديد من الجنود الإسرائيليين من أرض المعركة وجرى توزيعهم على المستشفيات داخل إسرائيل. لم يعد من هؤلاء الجنود إلى أرض المعركة إلا القليل منهم. وقد استفادت اسرائيل من خبراتها العسكرية السابقة وحاولت من خلال غزوها الغاشم لدولة لبنان عام ١٩٨٢ أن تطبق اسلوبين في العلاج وذلك من باب المقارنة: العلاج الفوري حسب مبدأ SOLMON الذي تم تطبيقه لأول مرة عام ١٩١٩ في الحرب العالمية الأولى) على أرض المعركة أي داخل المنطقة اللبنانية المحتلة أوعلى الحدود الإسرائيلية ـ اللبنانية. وهناك العلاج المتأخر الذي يقضي بإرسال الجنود المصابين والمضطربين إلى داخل اسرائيل بغية علاجهم. وقد وجد الخبراء أن ٥٩٪ من الجنود الذين خضعوا للعلاج الفوري قد التحقوا بوحداتهم وعادوا إلى أرض المعركة مقابل ١٦٪ فقط للجنود الذين تلقوا العلاج المتأخر. وهذه الفروقات الكبيرة بين نتائج الفريقين تعود إلى ثلاثة عوامل:

- إن الجندي الذي تم علاجه فوراً (على أرض المعركة) كان يتوقع لنفسه الشفاء العاجل ويرغب في مواصلة واجبه الوطني.
- شعور الجندي في العلاج الفوري بأنه ليس مريضاً بكل ما في الكلمة

من معنى لأنه يشعر بالحماية من خلال العيش المشترك مع زملائه وأصدقائه.

ـ إن عودة الجندي إلى أرض المعركة وتلقي الدعم والتشجيع من زملائه يلعبان دوراً مهماً في التقليل من حدة العوارض. فالجنود الذين لم يلتحقوا بوحداتهم بعد انقضاء ستة أشهر، وجدوا أنفسهم في حالة نفسية سيئة. لقد تبين أيضاً من خلال حرب اكتوبر ١٩٧٣ بأن الجنود الإسرائيليين الذي تلقوا العلاج الفوري قد التحقوا بوحداتهم ولم تظهر عليهم الاضطرابات النفسية.

إن الحرب التي خاضتها اسرائيل في لبنان قد أدت إلى ظهور عوارض نفسية متعددة عند جنودها نظراً لصعوبة المعارك داخل المدن ولشدة المقاومة الوطنية. والواقع، أن الجنود الذين اشتركوا في هذه الحرب كانوا من الإحتياطيين والطلاب. وقد أشارت الأبحاث (SOLOMON 1986, 1993) إلى أن هناك ٦٩٪ من هؤلاء الجنود قد اصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة. وبعد ستة أشهر من المتابعة انخفضت النسبة إلى ٦٢٪ ثم إلى ٥٦٪ بعد سنتين و٤٣٪ بعد انقضاء ثلاث سنوات.

ومن العوارض النفسية الأخرى التي ظهرت عند الجنود الإسرائيليين (المرجع نفسه):

ـ الخوف من حمل السلاح.

ـ الخوف من الموت.

ـ الإنطواء على النفس والإنسحاب الاجتماعي.

ـ الخوف والقلق والشعور بالإنفصال.

ـ العوارض الهستيرية (الشلل الكاذب، العمى المؤقت، اختفاء الصوت الخ...).

- الإغماء والاضطراب الحركي.
- الإهتياج والغضب.
- الكوابيس واضطراب النوم.

٥ ـ حرب الخليج وعاصفة الصحراء

حاول العلماء أن يدرسوا النتائج النفسية والصحية الناجمة عن عاصفة الصحراء (١٩٩١) عند الجنود الأميركيين. وقد تبين أن هذه الحرب قد تركت عند بعض الجنود آثاراً سيئة على الصعيد النفسي والجسدي نظراً لطبيعة المعركة وشدة القصف واحتراق آبار النفط وانتشار الدخان والغازات السامة. وقد أفاد ٧٠٪ من الجنود المستجوبين (العينة ٢٤٩) بأنهم يعانون من اضطرابات نفسية وجسدية (HATLEY 1997). وفي دراسة أخرى أجريت على ٢٨٠٠ جندي أميركي قد شاركوا في عاصفة الصحراء (FIELDER et al 1996) تبين أن هناك ٥٠٪ منهم قد أصيبوا بحالة من التعب المزمن (CHRONIC FATIGUE SYNDROME) وبالحساسية الزائدة للمواد الكيميائية.

نستعرض هنا أهم العوارض التي ظهرت عند بعض الجنود:
.(KORENYL 1997, AMATO et al 1997)
(LANDRIGAN 1997, HATLEY 1997)

أ ـ العوارض الجسدية

- النقص في تناسق الحركات (CONFUSION - ATAXIA).
- التهاب الرئتين بسبب دخول ذرات ناعمة من الرمال إليهما. وقد

أطلق العلماء على هذا المرض عبارة: (AL ESKAN DISEASE).

- التهاب المجاري الهوائية والربو.
- ضعف والآم في العضلات(MYALGIA).
- آلام في المفاصل (ARTHRO - NEUROPATHY).
- اضطراب في التوازن الجسماني والتوجه المكاني.
- عدم القدرة على ضبط البول الخ (INCONTINENCE).
- الصداع وضيق التنفس.
- ارتفاع نسبة الإلتهابات التناسلية عند النساء اللواتي شاركن في الحرب (٤٣٪).

ب ـ العوارض النفسية

- اضطراب في القدرات المعرفية من خلال ظاهرة النسيان وضعف الذاكرة والتركيز والانتباه والنقص في القدرة على التفكير.
- الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة.
- تعاطي الكحول.
- اضطراب الحياة الجنسية (العجز).
- الانزعاج من الأصوات المرتفعة واستجابة الإجفال.

في الواقع ليس هناك مرض نفسي واحد محدد المعالم بل هناك مجموعة من العوارض والاضطرابات (SYNDROME). أما بالنسبة لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) فإن النسبة تتراوح ما بين ٨ إلى ١٢٪ ولا يزال هؤلاء يعانون حتى الآن من اضطراب الضغوط الإجهادية (STUKER 1995, STRETCH et al 1996).

ثانياً - الكوارث

تتعرض بعض المناطق الجغرافية لكوارث طبيعية أكثر من سواها (فيضان، زلزال، اعصار الخ) وهناك الكوارث الطارئة مثل الحرائق وانفجارات الغاز الحاصلة في بعض المنازل والمصانع. وتفيد الإحصاءات الأميركية بأن هناك حوالي مليونين من المنازل تتعرض سنوياً للتدمير والأذى بسبب الحرائق والفيضانات والزلازل (ROSSI et al 1983). ففي عام ١٩٨٧ توفي في الولايات المتحدة حوالي ١٢٠ ألف شخص بسبب الكوارث وأعمال العنف، (PSYCHOSOMATIC MEDICINE, EDITORIAL, 1997,2). ويقدر الخبراء أن هناك ٧,٦٪ من الأشخاص في أميركا يتعرضون سنوياً لكارثة أو صدمة مثل حوادث المرور والإعصار وأعمال العنف والإجرام (المرجع نفسه).

في دراسة أجريت على ١١٦ شخصاً من الناجين من الإعصار (O'BRIEN et al 1987) تبين أن هناك ٥٩٪ منهم قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة. ومن العوارض البارزة: الأفكار الدخيلة ثم استجابة الإجفال والتوتر والتجنب واضطراب النوم وصعوبة التركيز. ومن نتائج الدراسة أيضاً أن الأشخاص الذين تجاوزوا سن الستين كانوا أكثر الأشخاص إصابة بالاضطراب المذكور.

١ - كارثة شرنوبيل

بالنسبة للأشعاع النووي، هناك خوف رهيب عند الناس من تسرب الإشعاعات النووية أو حدوث انفجار في المحطات النووية كما حدث ذلك في شرنوبيل (اوكرانيا، ٢٦ إبريل من عام ١٩٨٦). كثير من المواد المشعة تسربت خارجاً وغطت الجو على ارتفاع ألف متر حيث حملتها

الرياح نحو بولندا وفنلندا وشمالي - شرقي السويد. وقد تم إقصاء ١٣٥ ألف شخص عن المدينة. وكان القسم الشرقي من السويد معرضاً لخطر اشعاع نووي بسبب الرياح. جدير بالذكر أن الدراسات عن كارثة شرنوبيل قليلة جداً ونذكر هنا دراسة قام بها بعض الباحثين في السويد (LUNDIN et al 1993).

اجريت الدراسة على ٨٤٠ شخصاً سويدياً من مختلف أنحاء البلاد بالأضافة إلى ٢١٦ شخصاً من المناطق المهددة بالتلوث النووي. وقد جرت الدراسة بعد اسبوعين من وقوع الكارثة. ومن القضايا التي طرحتها الدراسة:

- عدم القدرة عند بعض الأشخاص على التكيف مع مشاكل الأسرة المهمة.
- الحذر وعدم الثقة بالآخرين.
- الخوف الشديد من التعرض للآلام والأمراض الخبيثة.
- الخوف من خسارة أحد أفراد الأسرة.
- الشعور بالخطر على الحدود السويدية.
- التأثير السلبي لكل من روسيا وأميركا على حرية السويد وأمنها.

وكشفت الدراسة أيضاً عن الأمور التالية:

- ٤١٪ من الأشخاص قد أعربوا عن خوفهم من التعرض للآلام والأمراض بسبب التلوث النووي.
- ٣٨٪ أظهروا أفكاراً تشاؤمية بخصوص الكارثة.
- ١٠٪ ظهر لديهم الإكتئاب والتغيير في عاداتهم وحياتهم اليومية بحيث صاروا يتجنبون الخروج من المنزل.
- حاول الأهل أن يمنعوا أطفالهم من اللعب خارج المنزل خوفاً من

تلوث الهواء. وقد ظهر القلق والإكتئاب أكثر عند الأمهات وكذلك عند الأشخاص المسنين بالمقارنة مع باقي الفئات.

٢ ـ كارثة الفيضان في بلدة بفالوكريك

وقعت هذه الكارثة عام ١٩٧٢ في البلدة المذكورة وقد استرعت انتباه العلماء والباحثين لأنها أدت إلى ظهور اضطرابات نفسية طويلة الأمد عند الناجين منها. وقد أظهرت هذه الأبحاث أن هذه الكارثة قد أدت إلى اضطراب ما بعد الصدمة بحيث استمر هذا الاضطراب عند البعض أكثر من ١٤ سنة. في شباط (فبراير) من عام ١٩٧٢ هطلت الأمطار الغزيرة على بلدة بفالوكريك (غربي فيرجينيا) واستمرت عدة أيام، وقد تسببت في إنهيار السد القائم على كتف الوادي بحيث اندفعت ملايين غالونات المياه الممزوجة بالأوحال باتجاه البلدة وأدت إلى تدمير المنازل وتشريد السكان. وقد توفي ١٢٥ شخصاً.

قامت جامعة CINCINNATI بدراسة على الناجين وذلك بعد انقضاء ١٨ ـ ٢٦ شهراً. ومن نتائج الدراسة (GRACE, GREEN et al 1993):

ـ ٦٥٪ من أفراد العينة المدروسة يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى القلق والإكتئاب الشديد. وبعد مرور ١٤ سنة، انخفضت نسبة الاضطرابات النفسية ووصلت إلى ٢٨٪.

ـ ١١٪ ظهر لديهم اضطراب ما بعد الصدمة بعد مرور ١٤ سنة أي أنه ظهر متأخراً.

من جهة أخرى كشفت دراسة (GREEN 1990) أن هناك ١٧٪ من الناجين لا يزالون يعانون حتى الآن من اضطراب ما بعد الصدمة (أي بعد مرور ١٨ سنة). وهذا يعني أن اضطراب ما بعد الصدمة قد يظهر متأخراً

أو أنه قد يستمر لسنوات طويلة أو قد يتلاشى مع الوقت. إنه اضطرب متحرك ودوري (CYCLIC).

٣ ـ الزلازل

نعرض هنا بعض النماذج من الزلازل التي ضربت بعض المناطق المختلفة في العالم.

وقع زلزال قوي في مقاطعة (YUNNAN) الصينية عام ١٩٨٨ أدى ألى قتل وتشريد العديد من السكان. وقد قام الباحثون (MCFARLANE and HUA 1993) بدراسة نتائج الزلزال على عينة من الناجين وقد استخدموا بعض الإختبارات النفسية (GHQ,IES) ومن نتائج الدراسة:

ـ ارتفاع نسبة الخوف والقلق والصداع واضطراب ما بعد الصدمة.

ـ محاولات الانتحار الجماعي بعد حدوث الإنقلاب المفاجىء في الظروف المعيشية. عدد من الناجين يعتقد بأن التنين الضخم الغاضب هو السبب في حدوث الزلزال.

ـ ارتفاع نسبة الاكتئاب والحالات الذهانية والاضطرابات النفسية الأخرى. وتبين أن عدد الأشخاص الذين دخلوا المستشفى بسبب الحالة النفسية قد ارتفع. ويعود السبب إلى أن قسماً كبيراً منهم كان يعاني أساساً من حالات نفسية، غير أن الزلزال قد ادى إلى تفاقم الخوف والاضطراب.

ـ قام فريق من الأطباء اليابانيين (١٩٩٧) بدراسة عن المشكلات الصحية الناجمة عن الزلزال الذي ضرب إحدى المدن. ومن النتائج التي توصلوا إليها: ارتفاع نسبة الإلتهابات الرئوية والربو وقرحة المعدة ومرض السكري.

أجريت دراسة على نتائج الزلزال الذي ضرب أرمينيا عام ١٩٨٨

(GOENJIAN et al 1997) وقد ضمت العينة عدداً من التلامذة المراهقين الذي عانوا من الزلزال. تبين أن الناجين قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة والإكتئاب الشديد. وتبين أيضاً أن الأفراد الذين تلقوا جلسات في العلاج النفسي قد تخلصوا من آثار الصدمة بما في ذلك الأكتئاب والأفكار الدخيلة والتجنب، بينما استمرت العوارض وتفاقمت عند المراهقين الذين لم يخضعوا للعلاج النفسي.

٤ ـ الاعصار واضطراب جهاز المناعة

ـ جرت دراسة حول نتائج الإعصار الشديد الذي ضرب منطقة (ANDREW) الأميركية (IRONSON et al 1997) ولم (تكتفِ الدراسة بالتركيز على اضطرابات ما بعد الصدمة بل إنها تناولت أيضاً دراسة جهاز المناعة عند عدد من الناجين بعد مدة تتراوح بين شهر واحد وأربعة أشهر. توصل الباحثون إلى النتائج التالية:

ـ ٢٢٪ من الناجين يعانون بصورة عامة من اضطراب ما بعد الصدمة.

ـ ٤٤٪ منهم حصلوا على أعلى درجة في اختبار الصدمة أو اختبار الحدث (IES).

وبخصوص النتائج المتعلقة بجهاز المناعة فقد تبين أن الخلايا الطبيعية القاتلة (NATURAL KILLER CELLS) الموجودة في الدم والتي تدافع عن الجسم قد انخفض نشاطها وعددها عند الناجين وبالأخص عند الذين يعانون من الخسارة المادية وفقدان أحد أفراد الأسرة وكذلك من اضطراب ما بعد الصدمة، بينما بقي هذا العدد محافظاً على مستواه الطبيعي عند أفراد العينة الضابطة الذين لم يتعرضوا للكارثة. وكشفت الدراسة أيضاً أن

اضطراب النوم الذي ظهر أثر الإعصار كان مؤشراً لظهور اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب جهاز المناعة. إن فقدان أحد أفراد الأسرة واضطراب ما بعد الصدمة والأفكار التشاؤمية كانت مرتبطة بانخفاض عدد الخلايا القاتلة واضطراب وظيفتها الدفاعية.

ـ وفي دراسة مشابهة على الناجين من أحد الزلازل في منطقة لوس انجلوس عام ١٩٩٤ (SOLOMON et al 1997) تناول الباحثون دراسة تأثير الكارثة على جهاز المناعة عند ٦٨ شخصاً من الناجين حين تعرضوا لخسائر بشرية ومادية وجراح بالإضافة إلى تبديل مكان العمل وانقلاب الظروف المعيشية والسكنية. وقد تبين أن الأشخاص الذين يعانون جداً من الضغوط الإجهادية التالية للصدمة قد ضعف لديهم جهاز المناعة وبالأخص فيما يتعلق بالخلايا القاتلة أو المدافعة بينما لم ينخفض نشاط الجهاز المناعي عند الأشخاص الذين نجحوا في تحقيق التكيف مع الضغوط الاجهادية والذين لم يتأثروا بها إلا قليلاً.

ثالثاً ـ حوادث الحياة اليومية

١ ـ حوادث المرور:

إن حوادث المرور والطيران والإغتصاب وما شابه تشكل ظاهرة شائعة في مختلف المجتمعات. وهناك حوالي ٣ ملايين شخص يموتون سنوياً بسبب حوادث المرور. أما الناجون من هذه الحوادث المذكورة أعلاه فإنهم يتعرضون لآلام جسدية ونفسية (جراح، كسور، اضطراب ما بعد الصدمة). يفيد (BLANCHARD) وزملاؤه (١٩٩٤ ـ ١٩٩٥) بأن هناك ٤٦٪ من الناجين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. وفي دراسة قام بها

(BAUM) وزملاؤه (١٩٩٧) تبين أن الناجين من حوادث المرور يعانون من الأفكار والصور الدخيلة، أما المتسببون بالحادث فإنهم يشعرون أكثر بلوم النفس والضيق النفسي. وفي دراسة (BLANCHARD) على الناجين من حوادث المرور تبين ما يلي:

- ٥٦٪ من الناجين لم يظهر لديهم اضطراب ما بعد الصدمة خلال الأشهر الأربعة الأولى التي تلت الحادثة، غير أن الاضطراب ما لبث أن عاد بعد مرور عام واحد.
- ٣٥٪ من الناجين لم يظهر لديهم الاضطراب المذكور.
- ٥٨٪ من الناجين أصيبوا بالشكل الحاد لاضطراب ما بعد الصدمة.

إذا ظهرت بعض الأفعال والمشاعر السلبية عند الناجين مثل تكرار الحوادث والخوف من قيادة السيارة والخوف على الحياة أو الخوف من الموت، فإن ذلك يكون مؤشراً مهما ينبىء بظهور اضطراب ما بعد الصدمة لاحقاً (GREEN 1993).

٢ ـ الاغتصاب واضطراب ما بعد الصدمة:

إن الاغتصاب والضرب العنيف والتهديد كلها عوامل سلبية قد تدفع إلى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة عند بعض الأشخاص الذين يتعرضون لها وبالأخص الأطفال والنساء.

وجد (KINSEY) أن هناك ٢٤٪ من النساء قد تعرضن منذ طفولتهن للإغتصاب. وتتفق هذه النتيجة إلى حد ما مع نتائج الدراسات الحديثة التي تصل إلى نسبة ٢٧٪ (FINKEHLOR 1990).

وبالنسبة للنساء اللواتي تتعرضن للضرب والعنف من جانب أزواجهن،

تبين أن ٤٤٪ منهن قد ظهر لديهن اضطراب ما بعد الصدمة، كما أن ٥٠٪ من الأطفال الذين يتعرضون للإغتصاب يعانون من الاضطراب المذكور، هذا الاضطراب الذي قد يستمر إلى سن الرشد (KOVEROLA 1990).

من جهته وجد (KILPATRIC 1989) أن ٥٧٪ من النساء اللواتي تعرضن للإغتصاب، قد ظهر لديهن اضطراب ما بعد الصدمة. وهناك ١٧٪ منهن لم يتخلصن من آثار الاضطراب إلا بعد سنوات طويلة. ويبدو أن عوارض الإغتصاب متنوعة: هناك توتر في عضلات الفخذين وسرعة في التنفس وخفقان في القلب وارتجاف في الجسم بالإضافة إلى كثرة الحركة وعدم القدرة على المكوث في مكان معين لوقت طويل. يضاف إلى ذلك الصداع والغضب والتعصيب وحركات الأجفال والشعور بالتعب واضطراب النوم وآلام في المعدة وفقدان الشهية والغثيان وشعور بحرق أثناء التبول والتهابات مهبلية.

أما على الصعيد النفسي، فهناك الشعور بالعار والذنب والخوف من بعض الأشياء والأمكنة: الخوف من الباب مثلاً حيث دخل منه المعتدي، الخوف من وجود المرأة خارج المنزل وهي تسير على الرصيف، الخوف من الوحدة، الخوف من الإزدحام، اضطراب الحياة الجنسية بعد الصدمة. لقد وجد (KILPATRIC) (المرجع نفسه) أن هناك ٢٥٪ من النساء يستطعن التعامل مع الصدمة بشكل أفضل بعد انقضاء ثلاثة أسابيع. وبعدمرور ثلاثة أشهر يظهر عند بعض النساء تحسن ملحوظ دون أي علاج بينما يبقى هناك ١٦٪ من الحالات يستمر فيها الاضطراب لسنوات طويلة. وهنا تبدو الحاجة ماسة للعلاج النفسي. تبين أيضاً أنه إذا مضت ثلاثة أسابيع على الإغتصاب ولا تزال المرأة مضطربة جداً، فهذا يعني أن

الاضطراب سوف يستمر طويلاً. أما إذا كان اضطراب ما بعد الصدمة خفيفاً، فهذا يعني أن المرأة سوف تنجح في التعامل مع المشكلة.

في دراسة حديثة على ٤٦ امرأة أميركية تعرضن للإغتصاب منذ طفولتهن (RODRIGUEZ 1997) تبين أن اضطراب مابعد الصدمة لا يزال قائماً عند ١٦٪ منهن. تبين أيضاً أن معظم ضحايا الإغتصاب يتعرضون للتهديد والعنف، الأمر الذي يدفع إلى اضطراب ما بعد الصدمة واستمراره لسنوات طويلة. وتشير الإحصاءات (المرجع نفسه) إلى أن هناك ٢٧٪ من الفتيات و١٦٪ من الأولاد يتعرضون منذ طفولتهم للإغتصاب. وجدير بالذكر أن نتائج الإغتصاب قد تستمر حتى سن الرشد (الشكل المزمن أو المتأخر). أذكر هنا قصة رجل (من إحدى دول الخليج) في الخمسين من عمره جاءني لطلب العلاج النفسي لأن ذكرى الإغتصاب عادت إليه بعد ٤٢ سنة، حيث تعرض في عمر ٨ سنوات للإغتصاب من جانب رجل قوي كان يضربه ويهدده في كل مرة يعتدي عليه. قال لي هذا الرجل: إنني متزوج وجميع أبنائي قد تزوجوا، غير أن ذكرى الإغتصاب تقتحم رأسي وتعذبني. أشعر بأنني حقير وضعيف وصحتي الآن ليست على ما يرام... أجرينا له خمس جلسات علاجية وعلى أثرها تلاشت صورة الإغتصاب (الإستعادة المعرفية لمعنى الحدث، العلاج السلوكي المعرفي).

مراجع الفصل الأول

- Amato.A et al (1997)	Evaluation of neuro-muscular symptoms of veterans of the persian Gulf War, Wilford Hull medical Center, San Antonio, *Neurology*, 48,4-12.
- Baum A (1997)	Acute and chronic distress and PTSD as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *J. of Consulting and clin psycho. 4, 560-567.*
- Blake. D (1990)	Symptons in combat veterans seeking medical treatment. *J. of traumatic stress. 3,15-27*
Blanchard. E et al (1995)	The impact of severity of physical injury and perception of the threat in the development of PTSD in motor vehicle accidents victims. *Beh. Research and therapy. 33,529 - 534.*
- Blanchard. E et al (1994)	Psychogical morbidity associated with motor vehicle accidents. *Beh. research and therapy, 32, 190 - 283.*

- **Green. G et al (1993)** The Buffalo Creek Disaster: a 14 - year follow-up. In Inter. *Handbook of posttraumatic stress syndromes* (Wilson and Raphael), N.y. plenum.

- **Hatley. R. et al (1997)** Evaluation of neurologic function in Gulf war veterans. *JAMA, 277, 223 - 230.*

- **Hatley. r. et al (1997)** Is there a Gulf war syndrome? *JAMA, 277, 215 - 222.*

- **Kilpatatric. D et al (1989)** Rape victims: detection, assessment and treatment, *clin psycholigist, 36, 92 - 95.*

- **Klipatric D. et al (1989)** Factors predicting psychological stress among rape victims, in (Figley) *Trauma and its wake, Bruner - Mazel*

- **Korenyl-Both. A (1997)** Al Eskan disease: Persian Gugf syndrome. Mig. *med. 162, 1-13.*

- **Koverola. C. et al (1990)** Relationship of PTSD to sexual abuse trauma. *Inter. society for Trauma stress studies* (paper), New Orleans.

- **Kruch. K and Cox. J (1992)** Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust *Am.j. psych 149,337-340.*

- **Kulka. R et al (1990)** *Trauma and the Vietnam generation.* N. Y Bruner - Mazel.

- **Landigram. P (1997)** Self - reported illness and health-status among Gulf war veterans *JAMA, 277, 238 - 245.*

- **Lifton. R (1967)** *Death in life: survivors of Hiroshima.* N.Y. Random House.

- **Miller. D et al (1992)** Comparison of symptoms distress between world war II and

Vietnam combat veterans with PTSD. *J. Anxiety Disorder,6, 41-46.*

- **Quarantelli. E (1985)** An assessment of conflicting values on mental healh: the consequences of traumatic events. In (Figley) *Trauma and its wake.* N.Y Bruner-Mazel.
- **Rodriguez. N. et al (1997)** PTSD in adult femal survivors of childhood sexual abuse. *J. Consult. And clin. Psycho. 1, 53-55.*
- **Rossi et al (1993)** Victimization by natural hazards in the United states. *J. Mass Emergencies and disaster. 1, 467-482.*
- **Solomon. Z. et al (1987)** Delayed onset of PSTD among Israeli veterans of the 1982 Lebanon war. *J. Psych. 52, 428-436.*
- **Speed, N. et al (1989)** PTS as a consequence of the pow experience. *J. nervous mental disorders 177, 147-153.*
- **Strech. R et al (1996)** PTSD symptoms among Gulf war veterans *J-Mil. Med, 162,407 - 410.*
- **Stuker. P (1995)** War zone stress and PTSD in persian Gulf war returnees. *J. abnor. Psycho. 104, 444-452.*
- **Van Dyke. C. et al (1985)** PSTD A thirty years delay in WarII veterans. *Am. J. psych. 142.1070-1073.*
- **Zeiss. K and Dickman H (1989)** PTSD 40 years later Incidence and person-situation correlates in formrs pow's. *J. Clini. psycho. 45,80-89.*
- **Zeiss. K and Dickman H (1985)** PTSD in former prisoners of war *J. Am. Psycho. Associat. Los Angelos.*

الفصل الثاني

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والعوارض الأولية والثانوية

أولاً ـ تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

إن عبارة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو كما يقابلها بالإنكليزية (POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)) لم تكن موجودة في قاموس الطب النفسي قبل عام ١٩٨٠ إذ كان العلماء يستعملون قبل هذا التاريخ بعض العبارات الخاصة مثل صدمة القصف أو المعارك والحروب (COMBAT NEUROSIS). تناول كاردينر (KARDINER 1941) تأثير الحرب العالمية الثانية على الجنود الأميركيين وقد اكتشف عندهم وجود مجموعة من العوارض النفسية المختلفة: الكوابيس، تمركز التفكير على التجربة الصادمة، هبات من الغضب والعدوانية، ردات فعل انفعالية وانزعاج من سماع الضجة والأصوات المرتفعة، تدني القدرة المعرفية وضعف التركيز والرغبة والاهتمام... وبعد الحرب العالمية الثانية تركز الاهتمام على

الناجين من معسكرات الاعتقال والتعذيب وضحايا القنبلة الذرية (اليابان) والجنود الأميركيين المقاتلين في فيتنام ولم يقتصر اهتمام العلماء على هذه الناحية فقط بل تناول أيضاً وبالأخص في السنوات الأخيرة الناجين من الكوارث الطبيعية وحوادث الحياة اليومية مثل الإغتصاب وحوادث المرور والطيران والحرائق والفيضان والغرق الخ.

وفي عام ١٩٨٠ ادخلت جمعية الطب النفسي الأميركية عبارة (PTSD) أو (POST-TRAUMTIC STRESS DISORDER) أي اضطراب ما بعد الصدمة وذلك للدلالة على اضطراب نفسي خاص يتلو حدوث الصدمة. وبعد سبع سنوات عادت جمعية الطب النفسي الأميركية وادخلت بعض التعديلات على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة: وهناك تعديلان مهمان لا بد من الإشارة إليهما:

- يتناول الأول التركيز على عملية التجنب (AVOIDANCE) الذي يعتبر مؤشراً أساسياً للدلالة على اضطراب ما بعد الصدمة (تجنب الأشياء والأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث وتجنب الوضعيات التي يمكنها أن توقظ ذكريات الحدث).

- ويتناول الثاني ولأول مرة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال (استعادة الحدث المؤلم عن طريق اللعب المتكرر المرتبط بالصدمة بالإضافة إلى انخفاض الرغبة في بعض الأنشطة والمهارات بما في ذلك الكلام).

يمكننا هنا القول بأن اضطراب ما بعد الصدمة هو مرض نفسي قد تم تصنيفه وتوصيفه من جانب جمعية الطب النفسي الأميركية (١٩٨٠، ١٩٨٧، ١٩٩٤). وينجم هذا الاضطراب عندما يتعرض شخص ما لحدث مؤلم جداً (صدمة) يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة (أهوال

الحروب، رؤية أعمال العنف والقتل، التعرض للتعذيب والاعتداء الجسدي الخطير والإغتصاب، كارثة طبيعية، الإعتداء الخطير على أحد أفراد العائلة، الخ) بحيث تظهر لاحقاً عدة عوارض نفسية وجسدية (التجنب والتبلد، الأفكار والصور الدخيلة، اضطراب النوم والتعرق والاجفال والخوف والإحتراز، ضعف الذاكرة والتركيز الخ). في الواقع ليس جميع الأشخاص الذين يتعرضون لصدمة أو كارثة يسقطون في الاضطراب المذكور. إذ هناك عوامل معينة قد تساعد على ظهور الاضطراب بما في ذلك طبيعة الصدمة، سن الضحية، طبيعة الشخصية واستعدادها المرضي، دور البيئة.

إن اضطراب ما بعد الصدمة قد يكون حاداً أي أنه يستمر لفترة محدودة وقد يطول ويصبح مزمناً. ومن الملاحظ أن علاج اضطراب ما بعد الصدمة ليس بالأمر اليسير كما أن نسبة الشفاء منه ليست مرتفعة كما سنرى.

كيف يتشكل اضطراب ما بعد الصدمة؟

حاولت نظريات التعلم والمعرفة أن تلقي الأضواء على كيفية تشكل هذا الاضطراب من خلال بعض المبادىء والشروط. على سبيل المثال، يعطي التعلم الشرطي أهمية كبرى لمبدأ التعميم في تفسير استجابات القلق والخوف. وهناك التعلم الفاعل (SKINNER) الذي يشير إلى أهمية التجنب في حياة المصاب بالصدمة. أما التيار المعرفي فإنه يحاول أن يفهم معنى الحدث بالنسبة للمريض وذلك من خلال التأويل الخاطىء والمضخم للحدث، لذا يجدر التمييز بين طبيعة الحدث ومعناه حتى نستطيع أن نحدد بالفعل دور العوامل الأساسية في تشكيل الاضطراب (GREEN 1990). وسوف نعود إلى تفصيل هذه النقاط في الفصول التالية.

عوارض اضطراب ما بعد الصدمة حسب جمعية الطب النفسي الأميركية

أ ـ أن يعيش الشخص حدثاً يتخطى الإطار المألوف للتجربة الإنسانية وأن يكون هذا الحدث مؤلماً لدى أي شخص آخر مثل التهديد الشديد أو الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد، التهديد الشديد الذي يتناول أحد الأبناء أو الزوجة أو أحد الأخوة أو أحد أفراد العائلة، التدمير المفاجىء للمنزل، رؤية أحد ينزف دماً أو يُقتل أمام الشخص كنتيجة لحادث أو لاعتداء جسدي.

ب ـ أن يعيش الشخص الحدث ـ الصدمة بشكل دائم وعلى الأقل بإحدى الوسائل التالية أو أكثر:

١ ـ عودة وتدخل الذكريات المؤلمة (صور وأفكار) للحدث (عند الأطفال الصغار، هناك اللعب المتكرر حيث يعبر الطفل بواسطته عن أشكال الصدمة ومتونها).

٢ ـ الكوابيس المتعلقة بالحدث (الأحلام المخيفة) والتي تكون أحياناً ذات محتوى لا يمكن التعرف عليه.

٣ ـ الفعل الفجائي أو الشعور بأن الحدث ـ الصدمة قد يعود من جديد: شعور الشخص مثلاً بأنه يعيش التجربة بالإضافة إلى الأوهام والهلوسات وفترة من التفكك (ومضات) مثل التي تحدث أثناء اليقظة أو في حال التسمم.

٤ ـ ضيق نفسي شديد عند التعرض لاحداث ترمز أو تشابه في شكلها الحدث ـ الصدمة بما في ذلك الذكرى السنوية للصدمة.

ج ـ التجنب الدائم للمنبهات المرتبطة بالصدمة أو الخمود (التبلد) في الإستجابة العامة (لم تكن موجودة قبل الصدمة). وهذا التجنب يظهر في

ثلاثة أشكال على الأقل:

١ ـ بذل الجهود لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة.

٢ ـ بذل الجهود لتجنب الأنشطة والوضعيات التي توقظ ذكريات الصدمة.

٣ ـ عدم القدرة على تذكر الجزء الهام من الصدمة (لأسباب نفسية).

٤ ـ انخفاض ملحوظ في الاهتمام بأنشطة هامة (مثلاً عند الأطفال الصغار نلاحظ فقدان بعض المهارات المكتسبة حديثاً مثل العناية بالنظافة البدنية والمهارات اللغوية).

٥ ـ الشعور بالإنفصال والنفور من الآخرين.

٦ ـ الإنحسار في المجال العاطفي (عدم القدرة على الشعور بالحب).

٧ ـ الشعور بضيق المستقبل بحيث لا يتوقع الشخص بأن يتزوج وأن ينجب أطفالاً وأن تكون له حياة طويلة.

د ـ عوارض دائمة من الإستثارة الزائدة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يشير إليها على الأقل إثنان من العوارض التالية:

١ ـ الصعوبة في النوم والإستغراق فيه.

٢ ـ الاهتياج وهبات الغضب.

٣ ـ صعوبة التركيز.

٤ ـ الاحتراز الزائد.

٥ ـ المبالغة في استجابة الإجفال (STARTLE RESPONSE).

٦ ـ ردة فعل فيزيولوجية إزاء التعرض للأحداث التي ترمز إلى الصدمة أو تشابه شكلاً من أشكالها (مثل امرأة قد سبق لها وتعرضت للإغتصاب داخل المصعد نراها تصاب بالتعرق والاضطراب في كل مرة تستعمل فيها المصعد).

هـ ـ استمرار الاضطراب على الأقل لمدة شهر أو ستة أشهر أو ظهور العوارض بعد ستة أشهر من بدء الصدمة (الشكل المتأخر أو المزمن).

ثانياً ـ السمات الرئيسية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

إن العوارض المذكورة سابقاً هي عوارض أولية أساسية في اضطراب ما بعد الصدمة. وهناك عوارض أخرى ثانوية تترافق مع الأولى ومنها القلق والإكتئاب والخوف من الموت وتعاطي الكحول والمخدرات... غير أننا نريد هنا التركيز على العوارض الأساسية مع شيء من التفصيل والتنظيم.

في دراسة دافدسون (DAVIDSON et al 1986) تبين أن نسبة العوارض الخاصة باضطرابات ما بعد الصدمة كانت كالتالي:

ـ الأفكار والصور الدخيلة	٪١٠٠
ـ استجابة الاجفال	٪٨٨
ـ الأرق واضطراب النوم	٪٨٠
الحذر والاحتراز الشديد	٪٧٩
ـ التجنب	٪٦٥
ـ الابتعاد عن الناس	٪٤٦
ـ ضعف الرغبة والاهتمام	٪٥٦
ـ تدني القدرة على التركيز	٪٥٨
ـ الشعور بالذنب	٪٩

وهنا يمكننا تصنيف السمات الرئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة كالتالي:

١ ـ التهديد والخوف:

ـ التهديد أو الخطر على الشخص نفسه.

ـ التهديد للوحدة الجسدية والخوف من التشويه.

ـ التهديد أو الخطر على أحد الأبناء، الزوجة أو أحد أفراد العائلة أو الأقرباء.

ـ التهديد المفاجىء للمنزل أو الحي.

٢ ـ رؤية الجراح والموت

ـ أن يرى الشخص أحداً يُجرح أمامه أو يُقتل.

ـ العنف الجسدي والإرهاب.

٣ ـ الأخبار المؤلمة

أن تسمع أخباراً مؤلمة جداً (خطر أو مصيبة) تتناول أحد أفراد عائلتك أو أشخاص أعزاء عليك.

٤ ـ استعادة الحدث ـ الصدمة

هذه الاستعادة تتم بصورة تلقائية. إن ذكريات الحدث بما فيها من صور ومشاعر وأفكار مؤلمة تغزو رأس الشخص بحيث لا يقوى على مقاومتها، الأمر الذي يدفع به إلى الشعور بالذنب والحزن والعدوانية. على سبيل المثال، وجد (KINZIE 1986) أن هناك ٧٥٪ من اللاجئين الكمبوديين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (استعادة الحدث، المعاناة، التجنب..)

٥ - الكوابيس

وتأتي هذه الكوابيس على أربعة أشكال كما أشار إلى ذلك ويلمر (WILMER 1982):

- كوابيس مرتبطة بالحدث - الصدمة وتشكل بمفردها نسبة ٤٥٪.
- كوابيس غير حقيقية ولكنها يمكن أن تحدث.
- كوابيس بعيدة عن الواقع.
- كوابيس بعيدة عن التجربة الصادمة.

ويشير الباحث نفسه إلى أنه وجد عند المقاتلين الأميركيين في فيتنام الكوابيس التالية:

- لا يستطيع الشخص أن يدفع هجوماً ضده.
- يجد الشخص نفسه وحيداً في مواجهة الخطر.
- يجد نفسه أمام خطر ما ويحاول أن يستعمل سلاحه ولكن السلاح لا يعمل.
- يصوب أحد الأعداء الرصاص عليه.
- يلاحقه أحد الأعداء.
- يجد نفسه دون سلاح.

من جهة أخرى، وجد بعض الباحثين (BLANK, 1985, HENDIN, 1984) أن الكوابيس تستمر حتى ساعة اليقظة، الأمر الذي يزيد من ظاهرة التفكك عند الشخص. وتبقى الكوابيس تنغص عيش الشخص لسنوات طويلة.

٦ - ظاهرة التفكك والتذكر السريع للحدث:

إن ظاهرة التفكك المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة ظاهرة شائعة عند

الأشخاص المصابين بالاضطراب المذكور وكذلك الأمر بالنسبة لاستعادة الحدث بصورة سريعة ومفاجئة (FLASHBACKS). يشير هندن (HENDIN 1984) إلى أن الاستعادة المفاجئة كانت شائعة عند الجنود الأميركيين في حرب فيتنام، ومن سمات هذه الإستعادة:

- التعبير بشدة عن الانفعالات.
- التقطع في مسارات السلوك السوي.
- ظهور حالة من النسيان والخلط الذهني.
- طغيان الحدث على تفكير المريض.

ويخلص الباحث إلى أن ظاهرة التفكك تستغرق بضعة دقائق ولكنها تستمر في حياة المريض لمدة طويلة.

بالإضافة إلى مسألة التفكك، هناك السمات شبه الذهانية بما في ذلك هلوسة الاضطهاد والملاحقة وهلوسة الماضي... وقد وجد الباحثون هذه الظاهرة في معسكرات الاعتقال وعند المقاتلين في فيتنام والناجين من التعذيب (HENDIN et al 1984). ويبدو أن ظاهرة التفكك لا تنحصر عند الأشخاص المذكورين أعلاه بل عند العديد من المصابين باضطراب ما بعد الصدمة حتى ولو لم تنحصر الأسباب بأعمال الحروب. ففي دراسة أجريت على ١٤٢ شرطياً (CARLIER et al 1996) تعرضوا لضغوط عديدة وصدمات بحكم عملهم، أصيب عدد منهم باضطراب ما بعد الصدمة وتبين أن الأشخاص المصابين قد أظهروا حالة من التفكك في التفكير والشخصية بعكس العناصر التي لم يظهر عندهم اضطراب ما بعد الصدمة. وكشفت الدراسة أيضاً أن ظاهرة التفكك تظهر عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة شديدة أو متوسطة.

وهناك دراسة أخرى تشير إلى أن النساء اللواتي يتعرضن للإغتصاب لا تظهر لديهن ظاهرة التفكك إلا إذا ترافق الإغتصاب بالاعتداء الجنسي والأذى والعنف. (DANCU et al 1996).

وبسبب التفكك المذكور. يكون المريض أحياناً في حالة غريبة من التفكير والتصرف لأنه لا يستطيع أن يفصل بين الواقع. والخيال بسبب هذه الحالة. لذا، فهو يخلط بين أحلامه والواقع ومما يزيد في حالة التفكك والهلوسة هو وجود الأرق والإرهاق الذهني والجسدي وتعاطي المخدرات والكحول.

إن حالة التفكك تزيد من قلق المريض ومخاوفه وتفقده السيطرة على نفسه. وهذه الظاهرة يجب أن ينتبه إليها كل من الطبيب والمعالج والأخصائي الاجتماعي وأولياء الأمر كي يفهموا جيداً ردات فعل المريض وأشكال الاضطراب المختلفة لديه.

٧ ـ التعرض لأحداث رمزية أو مشابهة:

إن عوارض اضطراب ما بعد الصدمة تتفاقم عندما يتعرض المصاب إلى أشياء أو وضعيات أو أنشطة تذكره بالحدث ـ الصدمة: مثلاً كان الطقس الرطب يذكر الجنود الأميركيين (الذين قاتلوا في فيتنام) بالحرب، كما أن الطقس المثلج كان يذكر بعض الأسرى بمعسكرات الاعتقال. ويذكر كودوين (GOODWIN 1980) أن ذكريات الحدث ـ الصدمة كانت تظهر يومياً عند الجنود الأميركيين (حرب فيتنام): إن رؤية الهليكوبتر أو رؤية البول (حيث كانوا يشاهدون البول ينزل من جثث الجنود الذين ينازعون)، أو رؤية اللاجئين الفيتاميين في أميركا... كل هذه الأمور كانت تذكرهم بالحرب وأهوالها. وهذه المنبهات كانت تثير لديهم ذكريات مؤلمة عن

الحرب بالإضافة إلى عودة الكوابيس والتفكك المتقطع.

وهكذا يفشل المصاب في السيطرة على نفسه والتخلص من عذابه. إن الحل الأفضل لا يكون في تجنب تلك المنبهات أو الهروب منها بل بالتعرض لها والتعامل معها. وهذا ما يرمي إليه العلاج النفسي.

٨ ـ التبلد الإنفعالي (NUMBING)

يعتبر التجنب والتبلد من الصفات الرئيسية أو الأولية لاضطراب ما بعد الصدمة. ويبدو أن التجنب والتبلد هما وسيلتان من الوسائل التي يلجأ إليها المصاب للسيطرة على عوارض الاضطراب.

يبدأ التبلد بعد فترة قصيرة من التعرض للصدمة. وقد وجد هوروويتز (HOROWITZ 1980) بأن هناك حوالي ٦٥٪ من المصابين باضطراب ما بعد الصدمة يعانون من التبلد الإنفعالي والخمود في ردات الفعل إزاء المنبهات الخارجية.

يظهر التبلد من خلال انخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كانت في حياة المريض. إن العزلة الاجتماعية أو الإنسحاب الاجتماعي هو عارض إكلينيكي قد تمت ملاحظته عند ضحايا معسكرات الاعتقال والتعذيب (KRYSTAL et al 1988).

بالاضافة إلى ذلك، هناك الإنحسار في مجال الحياة العاطفية والجنسية بحيث لا يعود المريض يشعر بأي رغبة أو قدرة على المشاركة الوجدانية والحب. (WILMER 1982).

تبين من خلال الأبحاث أن الناجين من التعذيب ومعسكرات الاعتقال وجنود فيتنام والناجين من القنبلة الذرية في اليابان لم يعد لديهم أي شعور بالحب والحنان. لقد ماتوا عاطفياً. (SHATAN 1979 GOODWIN 1980).

إن موت العاطفة والشعور عند هؤلاء الأشخاص يعتبر بمثابة وسيلة دفاعية يلجأ إليها الشخص لاستعادة السلام الداخلي. غير أن هذه الوسيلة تبقى سلبية ومدمرة لأنها تقتل معنى الحياة والأمل.

٩ ـ الشعور بالإنفصال والنفور:

إن الشعور بالإنفصال والنفور من الآخرين مسألة شائعة عند المصابين باضطراب ما بعد الصدمة. على سبيل المثال. هناك ٥٠٪ من اللاجئين الكمبوديين يعانون من هذا الشعور (KINZIE 1986). ويحدد بانك (PENK et al 1987) ستة أنواع من الصعوبات الحاصلة في العلاقة الإنسانية عند الجنود الأميركيين الذين شاركوا في حرب فيتنام:

- عدم القدرة على التعامل مع الناس.
- عدم القدرة على إقامة علاقة حميمة مع شخص آخر.
- تفاقم المشكلات الزوجية.
- عدم القدرة على التعبير عن المشاعر حتى إزاء الذين يقدمون لهم الرعاية.
- المشاكل الجنسية وفقدان الرغبة.

إن الشعور بالنفور يدفع بالمريض إلى اتخاذ ردات فعل عدوانية ضد الآخرين بحيث ينفعل بشدة ويعصب ويتعارك. وكلما كانت بيئة المريض غير متفهمة وغير داعمة، كلما زادت المشاعر السلبية عند المريض وتأزمت الأمور. إن الألم النفسي القوي الذي يعاني منه المريض يجعله يشعر بأنه شخص منبوذ وغير محترم من جانب الآخرين. والواقع، إن أفراد العائلة وحتى الزملاء والأصدقاء يجدون أنفسهم حائرين ومضطربين بسبب ردات الفعل العنيفة الصادرة عن المريض. لذا، فهم يبتعدون عنه ولا

يتدخلون في شؤونه ولا يتحاورون معه. هذا الموقف اللامبالي أو الحيادي يزيد الطين بلة ويزج المريض في المزيد من العزلة والتأزم. إن الأهل مثلاً لا يفهمون حقيقة الصدمة وانعكاساتها على المريض. مثلاً يتوقع الأهل من الطفل المصدوم أن يلعب بصورة طبيعية كباقي الأطفال وأن يأكل بشهية مثلهم، وهذا توقع في غير محله. إن هذا الموقف يدفع بالشخص المصاب إلى النفور والعزلة الاجتماعية.

وجد الباحثون أن مواقف الآخرين السلبية من جنود فيتنام والصاق التهم بهم (قاتل، مجرم، منحرف الخ). كانت من الأسباب المهمة التي دفعت بالفعل بهؤلاء الجنود إلى المزيد من أعمال العنف والإنحراف والعزلة...

١٠ ـ مسألة التجنب (AVOIDANCE)

إن جمعية الطب النفسي الأميركية قد جمعت في نقطة واحدة (C) مسألة التجنب والتبلد باعتبار أن التبلد هو الحاصل لاستجابة التجنب. في البداية، يحاول المريض أن يتجنب الأفكار والصور والأشياء المرتبطة بالحدث ـ الصدمة (التداعي الأولي) وبعد ذلك، يمتد التجنب إلى أفكار ومشاعر أخرى لا ترتبط مباشرة بالحدث ولكنها تدفع بالمريض إلى التفكير بالحدث (التداعي الثانوي). مثلاً، هذا أسير مصاب باضطراب ما بعد الصدمة (الشكل المزمن) قد أصبح فاتراً على الصعيد العاطفي مع زوجته لأنه قام بقمع الشهوة وكبت المشاعر. وهذا الكبت سوف يؤدي إلى ظهور توترات أخرى. فلا يحق له، كما يعتقد أن يختبر من خلال جسده المشاعر اللذيذة خوفاً من استثارة جديدة تؤدي إلى تفاقم المشاعر السلبية وطغيانها من جديد. وقد صرح لنا المريض بقوله: كيف لي أن أنعم بحب زوجتي وأخي قد قتل أمامي وصديقي قد بترت ساقه؟

لذا، يبدو واضحاً أن التجنب يشكل مسألة مهمة وأساسية في حياة المصاب باضطراب ما بعد الصدمة، فالتجنب يتناول إذن المصادر الخارجية للقلق (سلاح، طائرة، لباس عسكري، الخ) وكذلك المصادر الداخلية (عاطفة، حب، جنس ومتعة).

يتعقد مالوي (MALLOY 1983) إن أفضل مؤشر لوجود PTSD عند ضحايا حرب فيتنام هو السعي الدائم عند الجنود لتجنب رؤية الأدوات المرتبطة بالمعارك وأهوال الحرب. من هنا يبدو واضحاً أن العلاج النفسي الفعال يكون في التخفيف من عملية التجنب والتدريب على مواجهة الأدوات ذات الذكريات المؤلمة.

وإذا كان الأمر كذلك عند الكبار، فإن المسألة تختلف عند الأطفال، فالطفل يبقى صامتاً أو يرفض الحديث عن الصدمة. وهذا لا يعني عدم قدرته على تذكر الحدث. إن كوابيس الصدمة قد تتحول عنده إلى كوابيس عامة تدور حول الحيوانات المخيفة وسواها.

إن المعاناة عند الأطفال لا تكون باستعادة الحدث ـ الصدمة عن طريق التفكير والشعور كما هي الحال عند الراشد بل تكون عن طريق الفعل من خلال اللعب المتكرر الذي يرتبط بالصدمة. وتذكر تير (TERR 1991) قصة بنت في السادسة من العمر قد هجم عليها أسد في السيرك ومزق لها فروة الرأس والوجه. وقد لوحظ أن البنت بدأت تمشط شعر لعبتها بعنف حتى انتزعت شعرها (تكرار هذا النشاط).

١١ ـ الاستثارة الفيزيولوجية والاحتراز:

إن المصاب باضطراب ما بعد الصدمة يعاني من التشنج العضلي وخفقان القلب والضغط الدموي وبالأخص عندما ينفعل ويتذكر الصدمة.

وقد قام بعض الباحثين (MALLOY et al 1983 PALLMEYER et al 1986) بعرض مشاهد عن الحرب (شريط سمعي أو فيديو) تحتوي على أصوات الرصاص وعلى القصف الجوي، وقد شملت العينة مجموعة من المصابين باضطراب ما بعد الصدمة (جنود فيتنام). تبين أن المصابين قد أظهروا ردات فعل انفعالية مرتفعة مثل عدم القدرة على متابعة الشريط أو الفيديو، خفقان في القلب وارتفاع في الضغط الدموي وردات فعل جلدية. وهذه العوارض لم تظهر عند الأشخاص العاديين. وتبين أيضاً أن الأشخاص العاديين قد تضايقوا من اختبار الحساب ولم ينزعجوا من أخبار الحرب بينما أظهر المصابون باضطراب ما بعد الصدمة ردات فعل انفعالية سريعة (اضطراب، ضيق، قلق، توتر، انسحاب الخ). ويعتقد هوب (HOBB 1987) أن الإثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل تعتبر دليلاً كافياً للتفريق بين المصابين باضطراب ما بعد الصدمة وغير المصابين.

ومن عوارض الاستثارة الفيزيولوجية والاحتراز:

- صعوبة النوم وظهور الأرق. وجد الباحثون أن جميع الناجين من التعذيب ومعسكرات الإعتقال كانوا يعانون من الأرق (KRYSTAL et al 1986).

- هناك أيضاً الكوابيس التي تجعل من النوم مسألة مرعبة حقاً. إذ غالباً ما يصحو المصاب من نومه مذعوراً وهو مبلل بالعرق البارد. إن اضطراب النوم يستمر لسنوات طويلة (DEFIZIO, 1987) وقد يترافق بكوابيس أو دون كوابيس.

- اضطراب الذاكرة والتركيز:

وقد أشارت إلى ذلك جمعية الطب النفسي الأميركية. إن اضطراب

ما بعد الصدمة يؤدي إلى تدني في المستوى المعرفي ويظهر النسيان وضعف الذاكرة والتركيز وعدم القدرة على الإنجاز والمثابرة والعمل. ويشير هورورويتز (HOROWITIZ 1980) إلى أن هناك أكثر من ٧٥٪ من المصابين بالاضطراب المذكور يعانون من تلك العوارض.

جرت دراسة حديثة على أربع مجموعات من الجنود الذين اشتركوا في حرب فيتنام: تضم المجموعة الأولى عدداً من الجنود الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة إلى جانب اضطرابات أخرى مثل القلق والإكتئاب وتعاطي المخدرات. أما أفراد المجموعة الثانية فإنهم يعانون فقط من اضطراب ما بعد الصدمة. وتضم المجموعة الثالثة عدداً من الجنود الذين يعانون فقط من الإكتئاب والقلق وتعاطي المخدرات. وبخصوص المجموعة الرابعة، فإن أفرادها لا يعانون من أي اضطراب من الاضطرابات المذكورة.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الهبوط في القدرات المعرفية كان بارزاً عند أفراد المجموعة الأولى. (BARRET et al 1986).

من جهة أخرى، وجد الباحثون (SEMPLE et al 1996) أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة والذين يتعاطون المخدرات قد أظهروا نقصاً واضحاً في القدرة على الانتباه والتركيز وقد ارتكبوا عدداً كبيراً من الأخطاء في الاختبارات النفسية المختصة. كما كشفت الدراسة عن وجود قصور في الدورة الدموية في القسم الجداري (PARIETAL) للدماغ.

ـ الاهتياج وهبات الغضب:

استجابات الاهتياج والغضب والعدوانية والعنف هي صفات مشتركة لضحايا التعذيب والحروب.

إن الإهتياج الزائد قد يترافق بسلوك عنيف غير متوقع حتى ولو لم تكن هناك أسباب كافية. وهذا الأمر شائع عند ضحايا التعذيب (WILTMER 1982).

ويذكر ووكر (WALKER 1981) أن هناك الآلاف من الجنود المقاتلين في فيتنام قد تم وضعهم في السجون بسبب أعمال العنف والاعتداء، مع العلم أن هؤلاء الأشخاص لم يكن لديهم، قبل الصدمة، أي سلوك مضاد للمجتمع.

إن الحروب وأعمال التعذيب تؤدي إلى بروز الغضب والعدوانية والعصبية وقد يتجه هذا الغضب ضد أوجه السلطة والأشخاص الضعفاء أو الذين لا يقدمون الدعم المطلوب للضحية. ويشتد الغضب عندما يشعر الشخص بالخيبة والإحباط والذل والإستغلال أو بالأنخداع من جانب الآخرين.

فالمشكلة المشتركة بين الناجين من التعذيب وأهوال الحروب هي أن هؤلاء لا يستطيعون أن يعبروا عن غضبهم في الوقت المناسب ضد المعتدي مما يؤدي إلى كبت الغضب الذي ينفجر لاحقاً.

ردة الفعل الفيزيولوجية:

تظهر الاستثارة الفيزيولوجية عند المصاب باضطراب ما بعد الصدمة في كل مرة يواجه فيها الشخص أحداثاً مشابهة للحدث الأصلي. وهذه الاستثارة تترافق بنوع من الإجفال (الخوف الفجائي).

قام بلانشارد (BLANCHARD 1982) بدراسة على الجنود المقاتلين في فيتنام وقد استعمل شريطاً مسجلاً لأصوات المعارك. ومن نتائج الدراسة أن الجنود المذكورين قد أصيبوا بردات فعل فيزيولوجية مختلفة

بما في ذلك استجابة الإجفال، خفقان القلب، ارتفاع الضغط الدموي ونسبة الأدرينالين ... بخلاف أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يشاركوا في حرب فيتنام. من جهة أخرى، تبين أن المصابين باضطراب ما بعد الصدمة يعانون من الاحتراز الشديد مع حالة من الاستثارة الفيزيولوجية والحساسية الزائدة، وهذه الإستثارة ترتبط بنشاط الجهاز العصبي المستقل وبالتشريط مع منبهات الألم والخوف. هذا يعني أن هناك خللاً في وظيفة الجهاز العصبي المركزي نتيجة للصدمة (VAN DER KOLK et 'al 1987) وبسبب هذا الخلل، نلاحظ ظهور اضطرابات النوم والذاكرة والتركيز والانتباه وحالة من الإهتياج والغضب والتوتر.

إن الإحتراز الشديد الذي نجده عادة في الشكل الاضطهادي للفصام، يظهر أيضاً، كما رأينا، عند الناجين من التعذيب وأهوال الحروب كما هي الحال عند بعض الجنود المقاتلين في فيتنام (HENDIN 1984). ومما لا شك فيه أن الإحتراز يجعل من المصاب شخصاً حساساً جداً لأي حركة أو كلام وغالباً ما يفسر الأمور بصورة ملتوية: فأي سؤال أو نقاش معه قد يفسر على أنه تعبير عن موقف عدائي ضده. وهذا ما يدفع به إلى الغضب والعراك مع الآخرين. إذن، لا مجال هناك للنقاش معه.

ـ الشعور بالذنب ولوم النفس:

إن الناجين من التعذيب والكوارث وأهوال الحروب قد يشعرون بالذنب ويلومون أنفسهم لأنهم يعتقدون بأنهم لم يفعلوا شيئاً لإنقاذ أحد من زملائهم أو ذويهم، وبذلك يحمّلون أنفسهم مسؤولية ما حدث ويذهبون إلى الاعتقاد بأنهم يستحقون العقاب (AYALON 1983).

وقد لاحظ شاتان (SHATAN 1983) أن المقاتلين في فيتنام كانوا

يتخاذلون في عملهم وواجبهم العسكري وكانوا يرتكبون عدة حوادث في قيادة المركبات وكأنهم يريدون بذلك إنزال العقاب بأنفسهم. وتحدث أيضاً هذه الأمور عند الناجين من التعذيب ومعسكرات الاعتقال.

إن لوم النفس يؤدي إلى الإكتئاب إذا اعتبر الشخص نفسه مسؤولاً عما حدث. أما إذا لام الشخص نفسه عن الأخطاء التي ارتكبها فعلاً ويحاول فيما بعد أن يتصرف بشكل أفضل، فهذا اللوم يعتبر عادياً وإيجابياً لأنه يرمي إلى إصلاح الإعوجاج والخطأ. وعندما يصبح لوم النفس مسألة ثابتة ودائمة في تفكير الشخص، فهذا يكون مؤشراً لحالة مرضية. وكلما تمكن الشخص من إشراك الآخرين بالمسؤولية، كلما خف العبء والشعور بالذنب. وهنا يدخل دور المعالج النفسي في تخفيف هذا الشعور وتبديل مساراته.

ثالثاً ـ مصير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

إن اضطراب ما بعد الصدمة قد يستمر عدة أشهر أو سنوات. ويبدو أن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة وشخصية المصاب من جهة أخرى. وجد هيلزر ومعاونوه (HELZER et al 1987) من خلال دراساتهم على الجنود المقاتلين في فيتنام وعلى الأشخاص الذين تعرضوا لإعتداء جسدي شديد، أن عوارض اضطراب ما بعد الصدمة قد تستمر إلى أكثر من ثلاث سنوات وتتخذ شكل المرض المزمن. ومن جهته، وجد دافدسون ومعاونه (DAVIDSON et al 1991) أن الشكل المزمن لاضطراب ما بعد الصدمة يظهر أكثر عند المقاتلين الذين يعيشون أهوال الحروب والمعارك وكذلك عند الذين يشاهدون أمامهم أعمال العنف

والقتل. وتبين أيضاً أن التجنب والشعور بالذنب يستمران لمدة طويلة بالإضافة إلى الشكوى السيكوسوماتية والرهاب الاجتماعي.

وإذا كانت بعض الحالات من اضطراب ما بعد الصدمة تستمر طويلاً، فإن الأمر يختلف بالنسبة للحالات الأخرى حيث يتلاشى فيها الاضطراب مع مرور الزمن. وقد وجد ماكفرلان (MCFARLANE 1988) أن هناك ٢٧٪ من الحالات يختفي فيها الاضطراب المذكور. ويذهب بعض العلماء إلى الاعتقاد بأن استمرار الاضطراب لمدة طويلة (الشكل المزمن) يرتبط بشخصية سريعة العطب وذي تاريخ مرضي. إذ وجد هيلزر وزملاؤه (HELZER 1987) أن هناك ٨٠٪ من المصابين كان لديهم تاريخ مرضي. ويبدو أن أضطراب ما بعد الصدمة قد يترافق في بعض الأحيان بعوارض إضافية ملازمة (COMMORBIDITY) مثل الاكتئاب والقلق والاضطرابات السيكوسوماتية والوسواس القهري وتعاطي الكحول والمخدرات.

ويعتقد (MCFARLANE 1989) بأن وجود عامل مرضي سابق في الشخصية هو من العوامل الأساسية لظهور اضطراب ما بعد الصدمة والاتجاه نحو الشكل المزمن.

والسؤال الذي نطرحه هنا: هل الصدمة بحد ذاتها هي التي تؤدي إلى ظهور الاضطراب أم أن الاستعداد المرضي في الشخصية هو الذي يدفع إلى السقوط في الاضطراب؟

يبدو من المفيد أن ندرس هنا عوامل المخاطرة (RISK FACTORS) الكامنة أي الموجودة عند الشخص قبل حدوث الصدمة لنحدد على ضوء ذلك مصير الاضطرابات ومساراته المرضية.

درس الباحثون عوامل المخاطرة وقد توصلوا إلى النتائج التالية:

(DAVIDSON et al 1991 HELZER et al 1987 MCFARLANE .1989 TERR 1991)

- وجود أمراض نفسية في العائلة.
- تدني المستوى الاقتصادي عند الأهل.
- سوء معاملة الشخص منذ الطفولة وتعرضه للأذى الجسدي والإعتداء الجنسي قبل سن الخامسة عشرة.
- انفصال الأبوين أو الطلاق قبل سن العاشرة وبالأخص عند الفتيات.
- اضطراب السلوك عند الشخص منذ الطفولة.
- فقدان الثقة بالنفس في مرحلة المراهقة.
- عوامل المخاطرة عند النساء ما بين ٣٦ ـ ٥٠ سنة.
- وجود أمراض جسدية تبعث على القلق.
- الشخصية العصابية والإنطواء.
- انخفاض المستوى التعليمي والمعرفي عند الأهل وعند الشخص المصاب.
- تعاطي الكحول والمخدرات قبل حدوث الصدمة.

إلى جانب هذه العوامل الكامنة، هناك عامل الصدمة إذ تبين (HELZER et al 1982) أن الجنود الذين تعرضوا لأهوال المعارك والجراح في فيتنام قد ارتفعت لديهم نسبة الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة ثلاثة أضعاف بالمقارنة مع الجنود الذين لم يتعرضوا لذلك. وفي دراسة أخرى عن الإغتصاب (WINFIELD et al 1990) تبين أن نسبة اضطراب ما بعد الصدمة قد ارتفعت ثلاثة أضعاف عند النساء اللواتي تعرضن للإغتصاب مع عنف.

إذن كلما كان التعرض للصدمة قوياً كلما زاد الاحتمال لظهور

اضطراب ما بعد الصدمة. وكلما كانت هناك عوامل مخاطرة كامنة في الشخصية، كلما ارتفعت نسبة الإصابة بالاضطراب عند الشخص.

رابعاً - العوارض الثانوية:

إن العوارض المذكورة آنفاً هي عوارض أساسية في اضطراب ما بعد الصدمة. غير أن هناك عوارض ثانوية أخرى قد تترافق مع العوارض الأولية. لذا، يجدر بنا أن نشير إليها لأنها قد تساعدنا أكثر على فهم معاناة المريض من جهة وعلى وضع الخطة العلاجية من جهة أخرى. ومن العوارض الثانوية نذكر:

١ - الاكتئاب

الاكتئاب الذي يعتبر شائعاً عند الناجين من التعذيب والكوارث والصدمات. وقد وجد (HOROWI TZ 1980) أن هناك أكثر من ٧٠٪ من الجنود المقاتلين في فيتنام يعانون من الإكتئاب. ومن جهة أخرى، لاحظ شاتان (SHATAN 1982) أن نسبة الانتحار قد ارتفعت عند المقاتلين في فيتنام.

٢ - القلق:

يبدو أن القلق سمة ملازمة للناجين من التعذيب والكوارث والحروب ومعسكرات الاعتقال. وجد هوروويتز (المرجع نفسه) أن هناك أكثر من ٧٥٪ من الجنود المذكورين يعانون من الخوف والقلق والتوتر العصبي والرجفة وخفقان القلب والتعرّق الشديد والهلع دون سبب ظاهر.

٣ ـ الخوف من الموت:

معظم الناجين من التعذيب والكوارث يعتقدون بأن حياتهم في خطر دائم وأنهم لن يعيشوا طويلاً. إنها صورة الموت التي تلاحقهم وتنغص عليهم عيشهم: إنهم يعيشون في حالة من الرعب الداخلي المستمر. وقد أطلق ليفتون (LIFTON 1982) عبارة «وصمة الموت أو قلق الموت» للدلالة على هذه المعاناة.

٤ ـ الاضطرابات السوماتية (الجسدية):

تبين أن الناجين من التعذيب ومعسكرات الاعتقال يعانون من عوارض جسدية مختلفة (NEIRDERLAND 1988, HOROWITZ 1980):

- توتر شديد وألم مزمن في العضلات.
- آلام في المفاصل.
- الصداع والدوار.
- قرحة المعدة والغثيان.
- التهاب القولون.
- مشاكل في الرئتين والقلب.
- هبات من الحر والبرد.
- آلام في الظهر والكتفين.
- آلام في الصدر والشعور بوجود كتلة في البلعوم وكأنها تؤدي إلى الإختناق.

٥ ـ تعاطي الكحول أو المخدرات:

غالباً ما يلجأ الناجون من التعذيب والحروب والكوارث إلى تعاطي

الكحول أو المخدرات وبالأخص عندما يشتد عليهم الإكتئاب والأرق والتوتر، كما حدث ذلك مع الجنود المقاتلين في فيتنام والناجين من التعذيب والصدمات والكوارث (غرق الباخرة هيرالد مثلاً). وتشير الأبحاث إلى وجود نوع من الإرتباط القوي بين اضطراب ما بعد الصدمة وتعاطي الكحول (LACOUSSIERE et al 1980) والسجاير والمهدئات العصبية والمنومات وحتى المخدرات (BARBER et al 1990). وفي دراسة حول الناجين من غرق السفينة البريطانية هيرالد، تبين أن هؤلاء الأشخاص قد بدأوا يتعاطون بكثرة السجاير والكحول والعقاقير النفسية ودون وصفة طبية. وقد استمر هذا التعاطي لمدة ٣٠ شهراً (WILLIAM et al 1993).

ويبدو أن الكحول تساعد المصاب، في بداية الأمر، على التخفيف من حالة الأرق والإكتئاب والقلق. غير أن مفعول الكحول يتوقف بعد فترة من الزمن. وهذا ما يدفع بالمتعاطي إلى زيادة الكمية حتى يحصل على المفعول السابق، الأمر الذي يقود به إلى الإدمان. هكذا تتفاقم العوارض وتسوء حالة المريض وتصبح المشكلة أكثر تعقيدا.

٦ ـ التغيير في الشخصية والأسرة:

إن الناجين من الكوارث والصدمات وبالأخص من التعذيب ومعسكرات الإعتقال يتعرضون لتغييرات سلبية في السلوك والشخصية: فقدان الاهتمام بما وبمن حولهم، عدم الثقة بالآخرين والاحتراز الشديد، الشعور بالاضطهاد والملاحقة، فقدان الرجاء بالمستقبل، النكوص، الصلابة والتطرف في المواقف والآراء، اتخاذ الموقف الدفاعي ـ الهجومي، الهروب والإنسحاب، عدم تحمل المسؤوليات وارتفاع نسبة الغياب عن العمل، الصور السلبية للذات... ويبدو أن هذه التغييرات تصبح مزمنة

إذا لم يتلقَ الشخص المصاب العلاج المناسب في الوقت المناسب (LINDY and TITCHENER 1983).

إن التغيير الحاصل في شخصية المصاب يترافق بتغييرات سلبية في مواقف أفراد الأسرة التي يعيش فيها الشخص. إذ كشفت الأبحاث (FIGLEY et al 1985).

- أن عائلات الجنود المقاتلين في فيتنام تتصف ببعض السمات والمواقف السلبية التي لا تساعد المريض على استعادة التكيف ومنها:

- نظرة الأهل والبيئة إلى صاحب المشكلة على أنه مريض عقلي وقد تم تصنيفه من قبل الأطباء.

- يحكم الأهل عليه بأنه منحرف ويتعاطى المخدرات.

- يتجنبونه لأن سلوكه حافل بالغضب والعدوانية. وهذا ما يدفع به أكثر إلى العدوانية والشعور بالنبذ وعدم القدرة على ضبط النفس وتحمل المسؤولية.

- يحكمون عليه بأنه فاشل لأنه ينطوي على نفسه ولأن علاقته سيئة مع أطفاله وزوجته وأهله.

- شعور أفراد العائلة بالإحباط وبعدم القدرة على التعامل مع المريض والقيام بأي شيء إيجابي لحل المشكلة.

- ومن خلال دراسته على اليهود الناجين من المجازر النازية (HOLOCAUST) توصل دانييلي (DANIELI 1985). إلى تحديد أربعة نماذج من العائلات:

١ - العائلة - الضحية

وكأن العائلة برمتها تعيش الحداد والحزن والخوف. وهذا ما ينعكس

بالطبع على سلوك أفرادها جميعاً. ومن صفات هذه العائلة:

- الشعور بالحذر وعدم الثقة بالآخرين.
- ردات فعل انفعالية إزاء أي حدث مؤلم.
- التعلق الطفولي بالأهل والعائلة.
- عدم تشجيع الطفل على المواجهة والمغامرة والاستقلالية.
- الحماية الزائدة للطفل، مما يزيد في خوفه وقلقه.
- مزيد من المشاكل الزوجية والجنسية ومزيد من المشاكل التربوية مع الأطفال.
- الوساوس الزائدة على الصحة وتضخيم العوارض.
- يتعرض الأطفال لاحقاً لمشكلات سوء التكيف في حياتهم الزوجية.
- الشعور بالذنب.

٢ ـ العائلة ـ المكافحة:

- دافع قوي للإنجاز والبناء والتقدم.
- رفض الاستسلام والهزيمة، لأن الاعتراف بشخصية ضعيفة غير مقبول.
- عدم الثقة بأصحاب السلطة والشعور بالعدوانية إزاء الآخرين.

٣ ـ العائلة ـ المتبلدة:

- صمت قاتل داخل البيت.
- السماح بحد أدنى من المنبهات والمثيرات.
- اللجوء إلى الخيال واللعب الرمزي عند الأطفال.
- تعلق الأطفال بأشخاص آخرين في العالم الخارجي كبديل لنماذج عائلية.
- يشعر الطفل بأنه ضعيف وغير مهم.

٤ ـ العائلة ـ الطموحة:

ـ نشاط ورغبة قوية للحصول على درجة عالية من الثقافة والتفوق والمركز الاجتماعي والثروة.

ـ التأقلم مع ثقافة المجتمع الذي استقبلهم كلاجئين.

ـ النكران والتجنب بخصوص الماضي مع ظهور التبلد العاطفي والعزلة والشكوى السوماتية.

ـ نسبة مرتفعة من الطلاق.

ـ شعور الطفل بالإهمال بسبب جو الجمود العاطفي القائم في العائلة.

مراجع الفصل الثاني

- **Blank. A (1985)** Irrational Reactions to PTSD and Vietnam Veterans, in the *Trauma of war,* Am Psych. Press.
- **Barret et al (1996)** Cognitive Functioning and PTSD, in *Am. J. of psych. 152, 1492-1494*.
- **Carlier. I et al (1996)** PTSD in relation to Dissocation. *J. of psycho. 159, 325-328.*
- **Dancu. C. et al (1996)** Dissociative experience and PTSD among female Victims of Criminal Assault and rape, *J. of Trauma. Stress, 9 253-267.*
- **Davidson. L and Baum A (1993)** Predictors of chronic stress among Vietnam Veterans. *J. of Traumatic stress, 6,195-212.*
- **Davidson. L. and Baum. A (1986)** Chronic stress and post-traumatic stress, *J. of consulting and clini. Psycho. 54, 303-308.*
- **Defizio. V (1978)** Dynamic perspectives on the nature and effects of combat stress, in (Figley) *Stress disorders among Vietnam Veterans,* N.Y. Bruner-Mazel.

- **DSM-III-R and DSM-IV (1987,1994)** *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. Am psychiatric Association.

- **Figley. C (1980)** *Trauma and its wake*, N.K. Bruner-Mazel.

Goodwin.D (1980) The etiology of combat related PTSD (in Williams): *PTST of the Vietnam Veterans. OH, Disabled Am. Veterans.*

- **Green. B (1985)** Conceptualizing PTSD, in (Figley) *Trauma and its wake* N.Y. Bruner-Mazel.

- **Hendin. H (1984)** Combat never ends, in *Am.J. of psychoterapy, 37,86-99.*

- **Helezer. J. et al (1987) L** Post-traumatic stress disorder in the general population *New Engl. J. of Medicine, 317, 1630-34.*

- **Horowitz M (1986)** *Stress reponse syndromes*, N.Y Aronson.

- **Kardiner. M (1941)** *The traumatic neurosios of war.* N. Y Hoeber.

- **Kinzie. J (1996)** A century of controversy surrouding PTSD spectrum symptons, in *J. of Trauma. stress, 9 159-179.*

- **Lifton. R (1982)** The psychology of the survivor and the Death imprint. *psych. Annals, 12, 1011-1020.*

- **Mc farlane. A. (1986)** Post-traumatic morbidity of a disaster, in *J, of nervous and mental deseases. 174, 4-13.*

- **Mendel. F el al (1996)** *Identification of PTSD in cancer survivors.* Cornell University.

- **Niederland. W. (1982)** Psychiatric status of a holocaust survivor, in *Am. J. of psych. 139, 1646-1664.*

- **Pallmeyer. T (1986)** The psychophysiologie of combat induced PTSD, in Vietnam Veterans, in *Beh. Research and therapy 24, 645-652.*
- **Shatan C. (1982)** The rattered Ego of survivors, *Psych. Annals, 12. 1031-1033.*
- **Semple. W. et al (1996)** *Attention and cerebral blood flow in PTSD patients.* Cleveland Veterans Administration Medical center, U.S.A.
- **Van Der Kolk. B. (1984)** *PTSD: Psychological and biological sequalae,* Am. psych. press.
- **Walker. J (1981)** The psychological problem of the Vietnam Veterans, *J. of Am. Med. Asso. 246, 781-782.*
- **Wiltmer, H. (1982)** Post-Traumatic stress Disorder, in *psych. Annals, 12, 995-1003.*

الفصل الثالث

أشكال اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ومراحله

هناك ثلاثة أشكال لاضطراب ما بعد الصدمة حسب ما جاءت به جمعية الطب النفسي الأميركية: الشكل الحاد والشكل المزمن والشكل المتأخر.

فيما يتعلق بالشكل الحاد، فإن العوارض تبدأ مباشرة بعد حدوث الصدمة ويجب أن تستمر العوارض لفترة قد تصل إلى ٦ أشهر، وتكون إمكانات الشفاء أفضل. أما الشكل المزمن فيعني أن العوارض تستمر بعد انقضاء ستة أشهر من بداية الصدمة. وبشأن الشكل المتأخر، فليس من المتسغرب أن تبدأ العوارض بالظهور بعد فترة طويلة من الركود قد تصل إلى عدة أشهر أو سنوات.

أولاً ـ كيف يتطور اضطراب ما بعد الصدمة وما هي المراحل التي يمر بها؟

إن تحديد هذه المراحل مسألة هامة لأنها تساعدنا من جهة على فهم

ردات الفعل عند المصدوم، ومن جهة أخرى، على التقويم ورسم المخطط العلاجي. وقد حاول العلماء أن يدرسوا مراحل اضطراب ما بعد الصدمة. والواقع، لا يوجد هناك نموذج واحد يصلح لتفسير جميع أشكال الصدمة (الحروب، التعذيب، الكوارث الطبيعية، الإغتصاب...). وقد توصل (HOROWITZ 1986) إلى تحديد خمس مراحل:

ـ مرحلة الإنفعال الشديد ويدخل فيه الصراخ والرفض والاحتجاج والنقمة والخوف الشديد مع فترات من التفكك والذهان.

ـ النكران والتبلد وعمليات التجنب لكل ما يذكّر بالحدث بالإضافة إلى الإنسحاب وتعاطي الكحول والمخدرات كوسيلة للسيطرة على الخوف والقلق.

ـ التأرجح بين النكران ـ التبلد والأفكار الدخيلة التي تترافق مع حالة من اليأس والاضطرابات الإنفعالية.

ـ العمل من خلال الصدمة بحيث تصبح الأفكار والصور الدخيلة أخف وطأة ويصبح التعامل معها ممكناً بينما يشتد النكران ـ التبلد وتبرز استجابات القلق والإكتئاب والاضطرابات الفيزيولوجية.

ـ وفي المرحلة الأخيرة يحدث التحسن النسبي في الإستجابة ولكن المريض لا يصل إلى هذا التحسن بشكل كامل، إذ تستمر لديه بعض الاضطرابات المزاجية.

وهكذا نرى كيف يحاول المصاب أن يجد حلاً لمشكلته من خلال تجنب الأفكار والصور الدخيلة من جهة ومن خلال النكران ـ التبلد من جهة أخرى. وهذه كلها وسائل سلبية يلجأ إليها معظم الأشخاص عندما يتعرضون للصدمات والكوارث.

كيف ينحل اضطراب ما بعد الصدمة؟

أشرنا إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة يمر بمراحل مختلفة. ومن خلال هذه المراحل هناك توجهان: الأول يرمي إلى إيجاد حل للمشكلة واستعادة التكيف ويتناول الثاني سوء التكيف وعدم القدرة على إيجاد الحل المناسب. وقد درس (EPSTEIN 1990) هذه المشكلة ووجد ما يلي:

- في حال انصراف الأزمة باتجاه الحل، فإن معتقدات الشخص تتخذ الشكل التالي: لا يمكن التنبؤ بما يحدث من أخطار في العالم الخارجي. هناك حلول لتلك الأخطار ولكن ضمن بعض الحدود. ومن معتقدات الشخص الأخرى أن الآخرين يشكلون خطراً عليه وأنه لا يمكن الوثوق بهم إلا ضمن بعض الحدود فقط.

فيما يتعلق بالحل السلبي، هناك خمس صفات تشير إلى عدم قدرة الشخص على التعامل مع الضغوط:

- التضخيم في استجابة الخوف. فقد يقول الشخص: العالم خطير وأنا ضعيف لا أستطيع المواجهة. أو مما لا شك فيه أن الآخرين يشكلون خطراً أكيداً علي. وهذا الوضع يترافق بظهور الحذر والإحتراز واضطراب الجهاز الغضبي المستقل.

- الحل القائم على تضخيم استجابة الغضب أي هناك التحرك ضد الآخرين. فالمريض يعتقد هنا بأنه لا يمكن الوثوق بالآخرين لانهم مخادعون وظالمون. لذا، علي أن أدافع عن نفسي وأهاجمهم. وهنا تظهر عوارض الشعور بالاضطهاد والشك وردات الفعل العصبية.

- الحل القائم على تضخيم استجابة الإنسحاب (الابتعاد عن الآخرين والعزلة). فالشخص يعتقد بأن العالم الخارجي خطير. لذا، عليه أن يبتعد عن الآخرين ويعتمد فقط على نفسه. وهنا يفقد الشخص قدرته على الإلفة

والإتصال مع الآخرين.

ـ الحل القائم على التفكك وعدم القدرة على التفكير المنطقي والربط بين الأشياء وتجنب كل ما يذكره بالصدمة.

ـ الحل القائم على التحرك بحيث يعتقد الشخص بأن العالم الخارجي خطير وتافه، ولكن عليه أن يواجه هذا الخطر وأن يتحرك بدلاً من أن يستكين.

ثانياً ـ كيف يتشكل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؟

حاولت بعض النظريات أن تعطي تفسيرات متنوعة لتشكيل اضطراب ما بعد الصدمة. ومن أهم هذه النظريات:

ـ معالجة الانباءات (INFORMATION PROCESSING).

ـ النموذج السيكولوجي.

ـ نظرية التعلم والإشراط.

ـ النموذج المعرفي.

ـ نظرية بناء الهوية.

١ ـ معالجة الانباءات:

إن معالجة الانباءات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة (HOROWITZ, 1967, 1986). فالانباءات تغزونا من كل حدب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، حل الترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن الانباءات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما

هي الحال مثلاً في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية. وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة الانباءات. وفي هذه الحالة، تبقى الانباءات (أو المنبهات) الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان. غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل النكران والتبلد والتجنب. وهذه الوسائل الدفاعية تشكل السمات البارزة لاضطراب ما بعد الصدمة.

ويبدو أن المنبهات الصادمة لاتغيب عن وعي الشخص بل إنها تغزو وبعنف رأسه من وقت لآخر وتؤدي إلى المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأسوية المرتبطة بالصدمة. وهذا يعني أن المنبهات الصادمة تخضع لمبدأ التكرار القهري لذكرى الصدمة (كوابيس، أفكار وصور دخيلة...). وهكذا، تبقى المنبهات الصادمة تضغط على الشخص حتى تتم معالجتها بشكل كامل. وليس من السهل أو الممكن أن تحدث هذه المعالجة نظراً لطبيعة الصدمة. لذا، هناك تأرجح دائم بين عمليات التجنب والتكرار والتبلد. وهذه العمليات تسبق كل محاولة لاحتواء الصدمة. وفي هذا المجال، يعتقد (HOROWITZ 1979) بأن الهدف هو اكتمال معالجة الانباءات الصادمة أكثر من تفريغ الشحنات الإنفعالية. من هنا يمكن اعتبار الأفكار والصور الدخيلة بمثابة محاولة لتسهيل هذه المعالجة كما يمكن اعتبار عمليات التجنب ـ التبلد بمثابة تمثيل تدريجي للتجربة الصادمة. إن الرقابة الشديدة التي يفرضها الشخص المصدوم على نفسه إزاء المنبهات الصادمة تحول دون معالجة تلك الانباءات، ويؤدي الفشل في تحقيق هذه

الرقابة إلى ظهور انفعالات شديدة الوطأة. أما الرقابة المعقولة فإنها تسمح باستعادة المعالجة وبقبول كمية ممكنة من الانباءات والإنفعالات. ومع الوقت، تقترب الانباءات الصادمة من الواقع لتصبح فيما بعد جزءاً من حياة المصاب وخبراته الحياتية. لذا، يعتقد HOROWITZ بأن معالجة الانباءات الصادمة لا بد لها أن تمر بمراحل متعددة (المرجع السابق):

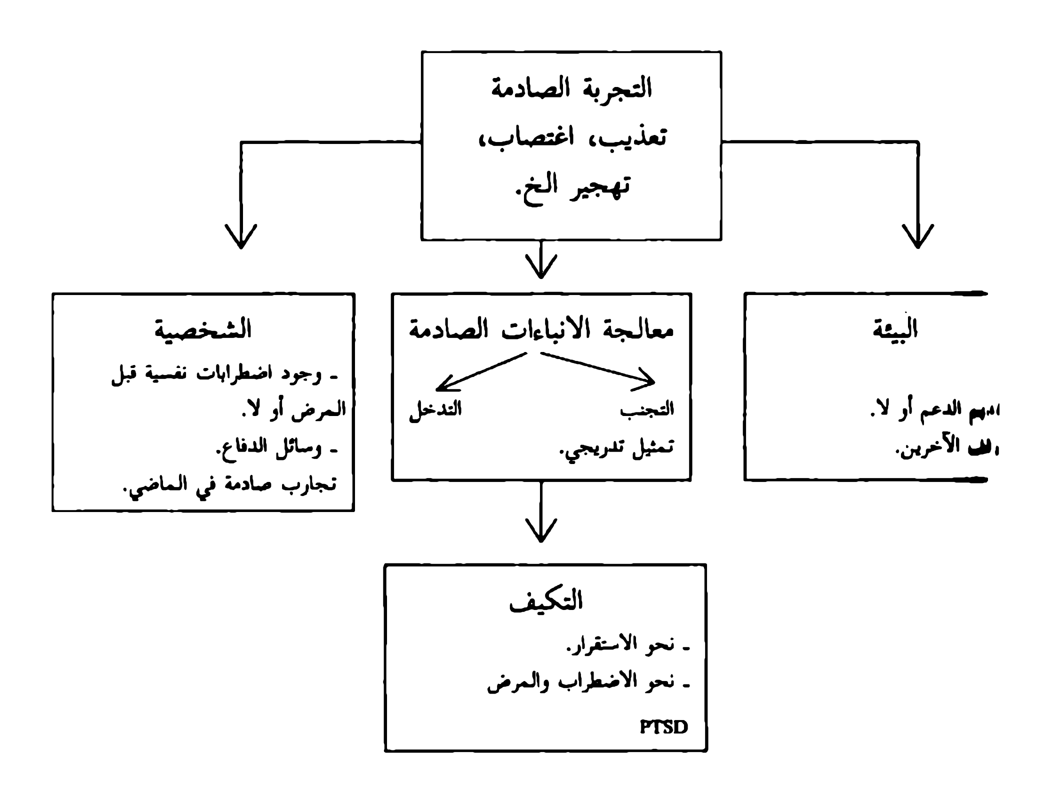
- المرحلة الأولى: الرفض والنقمة والصراخ والذهول.
- المرحلة الثانية: التجنب والنكران والتبلد.
- المرحلة الثالثة: التأرجح بين التجنب والنكران ـ التبلد.
- المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الانتقالية.
- المرحلة الخامسة: تداخل الانباءات الصادمة في كيان الشخص.

ولكي نفهم عوارض الصدمة، لا بد لنا من أن ندرس الأسلوب المعرفي عند الشخص المصدوم، وأنماط الصراع لديه ووسائل التعامل مع الصدمة. فإذا كان الشخص حساساً وانفعالياً جداً، فإن معنى الصدمة سيكون مؤلماً للغاية لأن دور التفكير المنطقي يكون ضعيفاً. إن اضطراب ما بعد الصدمة يستمر لوقت طويل حتى تتم معالجة الانباءات الصادمة ويتم إدخالها في خبرات الشخص نفسه.

٢ ـ النموذج السيكولوجي:

حاول كل من (GREEN, WILSON AND LINDEY 1985) أن يضعوا نموذجاً نفسياً واجتماعياً لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدتها وطبيعتها ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة. إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة، كلما كان المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة

واستعادة التكيف إلى حد معقول. ومن المؤسف أن نقول بأن ضحايا الكوارث الطبيعية بصورة خاصة هم الذين يلقون العون والاهتمام من جانب الأفراد والمنظمات والجمعيات الإنسانية بعكس ضحايا التعذيب والحروب والإعتداء. وهذه الحالة تنطبق مثلاً على الجنود الاميركيين الذين قاتلوا في فيتنام. فالمجتمع ينظر إليهم نظرة احتقار ويعتبرونهم جماعة من المنحرفين والمجرمين. يعطي الرسم التالي صورة ملخصة عن النموذج السيكولوجي.



- النموذج السيكولوجي -

٣ ـ نظرية التعلم والتشريط:

هناك نوعان من التعلم القائم على الإشراط:

التشريط الكلاسيكي الذي يدرس ردات فعل الجسم أو الكائن إزاء ضغوط البيئة (المنبهات) وفيه يكون الشخص خاضعاً لتلك الضغوط وليس له الخيار في تبديلها (بافلوف PAVLOV).

وهناك التشريط الفاعل (سكينر) بحيث يكون فيه الشخص قادراً على التحرك والرد على منبهات البيئة بالشكل الذي يراه مناسباً. وكلما كان الرد صحيحاً، يكون التعزيز (مكافأة) حافزاً لاستمرار العمل والعكس بالعكس.

يعتقد KEANE وزملاؤه (١٩٨٥) بأن هذين النموذجين من التعلم يفسران لنا كيف يتشكل اضطراب ما بعد الصدمة بما في ذلك استجابة الاجفال وسلوك التجنب وتعميم المنبه المؤلم على منبهات أو أشياء أخرى غير مؤلمة أصلاً، بمعنى أن المنبهات الحيادية تصبح فيما بعد مشروطة. ولإعطاء فكرة عملية عن موضوع الاشراط، قام واطسن، مؤسس المدرسة السلوكية، بتطبيق مبدأ التعميم على السلوك البشري. فجاء بطفل له من العمر ١١شهراً يدعى ألبرت. وضع واطسن فأرة بيضاء (من فئران المختبر) أمام الطفل الذي لم تظهر لديه أي استجابة خوف إزاء هذا الحيوان. وفي المرحلة الثانية، أخذ واطسن يضرب بقوة على وعاء من معدن (دون أن يرى الطفل ذلك)، مما أثار خوف الطفل الذي بدأ بالبكاء وحاول الهروب. وبعد تكرار هذه التجربة، أصبح الطفل يخاف جداً من الفأرة البيضاء ومن كل الأشياء والحيوانات التي تتشابه معها (أرنب، قطن، فرو الخ).

إن الفأرة كانت في البداية منبهاً محايداً ولكنها أصبحت فيما بعد منبهاً مشروطاً بالألم لأن ظهورها ترافق مع حدوث الضجة المزعجة والمخيفة.

وهناك مبادىء عديدة للإشراط لا مجال لذكرها هنا.

إن الشخص المصدوم (حرب، تعذيب، اغتصاب الخ) يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب)، وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها. من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر والمستقبل وكأن الصدمة تطغى على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم.

إن النموذج السلوكي يساعدنا إذن على فهم اضطراب ما بعد الصدمة من خلال نظرية التشريط. فالصدمات والنكبات والحروب وأعمال العنف تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف وردات فعل فيزيولوجية مطلقة. ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة أو تتشابه مع أدواتها. ويتحدث (BARLOW 1988) عن الإنذار المكتسب، أي أن تعميم الخوف والخطر يمكن أن ينظر إليه على أنه استجابة قد تم اكتسابها عن طريق الاشراط.

٤ ـ النموذج المعرفي:

يرمي النموذج المعرفي إلى إدراك معنى الحدث عند الشخص وكيف تظهر لديه المعاناة. ويبدو أن هذا الأمر يتوقف على نظرة الشخص إلى ذاته والعالم. هنا ندخل في صلب القيم والمعتقدات والنماذج المعرفية التي تميز شخصاً عن آخر. ومما لا شك فيه أن الصدمة تؤدي إلى زعزعة هذه البنيانات الشخصية. ويرى (EPSTEIN 1991) أن نظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية:

- الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم.
- القدرة على فهم معطيات الواقع بطريقة تسمح للشخص بالتكيف معها بطريقة ما.
- الحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول.
- الرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين.

وعلى هذا الأساس يرى EPSTEIN أن هناك ثلاثة معتقدات شخصية تفسر موقف الإنسان السوي من الواقع أوالعالم الخارجي:

- إن هذا العالم هو مصدرالخير والإنشراح.
- إن لهذا العالم قيمة ومعنى ويمكن التحكم به.
- إن الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة (فأنا شخص محبوب وجدير بالتقدير والاحترام).

إن المعتقدات المذكورة موجودة كما ذكرنا عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه ويبني آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه وبالتالي لايتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول. وعندما تقع الكارثة تتحطم المعتقدات والآمال المذكورة ويشعر الشخص بالذهول والنقمة واليأس وكأنه لا يصدق ما جرى. وهكذا، تتحول المعتقدات الإيجابية إلى معتقدات سلبية ويصبح العالم الخارجي مرعباً وتافهاً للغاية. إذ تنسحق ألانا تحت وطأة الكارثة وتفقد معناها وقيمتها. وهنا تظهر أهمية العلاج المعرفي الذي يتناول بدقة معالجة الأفكار والمعتقدات السلبية حتى يتمكن الشخص المصدوم من إعادة بناء تجربته وتبديل مفهومه عن نفسه والواقع والآخرين.

٥ ـ نظرية ولسن وغموض الهوية:

اعتمد WILSON (١٩٧٢، ١٩٧٧) على نظرية اريكسون[*] لدراسة الهوية عند الجنود المقاتلين في فيتنام ووجد أن الجنود المراهقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ ـ ٢٤ سنة يتعرضون لضغوط ومخاوف شديدة تعرقل لديهم نمو الهوية الإيجابية. ومن المعلوم أن مرحلة المراهقة المتأخرة هي مرحلة الاستحقاقات (النجاح الإكاديمي، الشهادة والاختصاص، بناء الشخصية وعالم القيم، تحديد المهنة والمستقبل الخ). غير أن الحرب لا تسمح بتحقيق هذه الطموحات وبناء الهوية الإيجابية بشكل ملائم.

وجد ولسن بأن الجنود المراهقين في حرب فيتنام تنقصهم الهوية الإيجابية والأهداف الواضحة والطموحات. ومن الصفات البارزة لديهم: التبلد العاطفي والفكري، اليأس، عدم الثقة بالنفس، قلة الطموح، العزلة... وهذا يعني انهم قد أخفقوا في تحقيق متطلبات النمو وأن هذا النمو قد توقف عند حدود المرحلة السادسة (العزلة بدل الإلفة). فالعزلة قد حلت مكان الإلفة وانخفض لديهم تقدير الذات وسيطر الغموض على هويتهم. ويرد ولسن هذا الواقع المؤلم إلى إخفاق الشبان المقاتلين في فيتنام في

(*) يحدد اريكسون ٨ مراحل رئيسية لبناء الهوية:
١ ـ الثقة الأساسية ضد الحذر (من صفر ـ السنة الأولى).
٢ ـ الاستقلالية ضد الشعور بالشك والعار (١ ـ ٣ سنوات).
٣ ـ المبادرة ضد الشعور بالذنب (٣ ـ ٦).
٤ ـ العمل ضد الشعور بالنقص (٦ ـ ١٢).
٥ ـ الهوية ضد غموض الهوية (طلائع المراهقة). من ١٢ ـ ١٩.
٦ ـ الإلفة ضد العزلة. (١٩ ـ ٢٥).
٧ بناء الأجيال (الحب والزواج) ضد الجمود. (٢٥ ـ ٥٠).
٨ التكامل ضد اليأس. (٥٠ وما فوق).

تحقيق استحقاقات المراهقة وإلى غياب الدعم اللازم لهم من جانب المجتمع. هذا الإخفاق لن يسمح للشخص بتحقيق النجاح والتقدم في حياته المقبلة لأنه إخفاق كبير في بناء الهوية الإيجابية.

أما (BRENDE 1981, 1985) فيرى أن المقاتلين في فيتنام يعانون من انشقاق عميق داخل الذات إلى جانب سمات مرضية بارزة مثل التوحد مع شخصية القاتل وشخصية الضحية، الإنطواء على الذات والعدوانية والإكتئاب وهبات الغضب والدفاعات النفسية البدائية مثل النكران والإسقاط... إن العدوانية البارزة عند المقاتلين تخفي وراءها الكثير من الآلام النفسية والجسدية (اكتئاب، ضياع الهوية، الكوابيس، الأفكار الدخيلة، الآلام الجسدية بما فيها الصداع). وتعتبر هذه العدوانية بمثابة وسيلة دفاعية لاخفاء ما ألم بالذات من ضياع وآلام. وهنا يشير BRENDE إلى أن المقاتل يتوحد مع فريقه وزملائه (الاحتماء بالفريق أو الجماعة) في حركة نرجسية مرضية. وعلى هذا الأساس، يرى BRENDE أن هناك تشابهاً كبيراً بين المقاتلين والمرضى النفسيين الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية.

٦ ـ النموذج البيولوجي:

حاول بعض الباحثين أن يربطوا اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبدلات كيميائية وفيزيولوجية ووظائفية. ويرى (VAN DER KOLK 1984) أن الصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أنحاء الجسم. وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

- ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم.
- ارتفاع نسبة الاسيتيلكولين.

- انخفاض في نسبة النورإيبينفرين.
- انخفاض في نسبة السيروتونين في الدماغ.
- انخفاض في نسبة الدوبامين في الدماغ.

ان استتراف مادة النورايبينفرين يرتبط بعدم قدرة الشخص على الهروب أو التخلص من الصدمة التي يتعرض لها. وهذا ما يؤدي بدوره إلى استتراف مادة الدوبامين لأن الإستجابة الفعالة إزاء الصدمة غير ممكنة. فالتعرض المتكرر للصدمة أو لذكراها يؤدي فيما بعد إلى حالة من التبلد أو التخدير العاطفي كحل حتمي للصدمة. وهنا يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة من حيث مفعولها بالافيونات (OPOID PEPTIDES).

إن مصير اضطراب ما بعد الصدمة يتوقف إذن على نشاط الإفرازات المذكورة (مثل الدوبامين والنورإيبينفرين) وكذلك على المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ. ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة. وبعد أن تمر الصدمة تحدث حالة شبيهة بالإنسحاب والذي نلاحظه في عوارض الانقطاع الفجائي عن تعاطي المخدرات. ومن المعلوم أن الإنسحاب يترافق بعوارض نفسية فيزيولوجية شديدة الألم. أما (DE LA PINA 1984) فقد حاول أن يربط اضطراب ما بعد الصدمة بطبيعة الجهاز العصبي وهو يرى بأن الأشخاص الذين يعانون أكثر من سواهم هم الذين يسيطر لديهم الجهاز البراسمباوي. لذا، فهم لا يتوصلون إلى تحقيق ترميز كاف للانباءات المؤلمة والمفاجئة بشكل صحيح، كما أنهم يستجيبون فيزيولوجيا وبشكل غير اعتيادي لتلك المنبهات. من هنا شدة العوارض الفيزيولوجية مثل اضطراب النوم والكوابيس الاحتراز الشديد وهبات الغضب والعدوانية. وهذا ما يشير إلى أن معالجة الانباءات تتم بشكل خاطىء وناقص لأنها تعتمد على المنبهات الحسية بالدرجة الأولى.

الخلاصة

يتضح مما تقدم أنه لا يمكننا تفسير وفهم اضطراب ما بعد الصدمة من خلال نظرية واحدة فقط لأن هذا الاضطراب متعدد الأوجه وذو عوارض متنوعة كما رأينا. غير أن موقف الشخص من الصدمة ومعناها يعتبران من المسائل الهامة التي يجب أخذها بالاعتبار لأن أفكار الشخص ومعتقداته السلبية تدفع إلى استمرار الصدمة وإطالتها. فالمرأة التي تعرضت للإغتصاب والاعتداء الجسدي تعتقد مثلاً بأن حياتها قد أصبحت تافهة وأنها حقيرة لا تستحق الحياة أو الاحترام. وإذا سيطرت على رأسها هذه الأفكار فإنها لن تقوى على مقاومة اضطراب ما بعْد الصدمة بعكس المرأة التي تقول لنفسها: إنها تجربة مأسوية لا شك فيه ولكنني سوف أجتازها وسوف أعرف كيف أتصرف وكيف أتجنب المخاطر في المستقبل لأنني أصبحت الآن أقوى مما كنت عليه.

مراجع الفصل الثالث

- **American Psychiatric Association (1987, DSM-III-R** *Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders*, Washingt.

- **Amrican psychiatric Association (1994-DSM-III)** *Diagnostic and statistical Manual of Disorders* Washingt.

- **Barlow (1988)** *Anxiety and its disorders*, N.Y. Guilford.

- **Brende.J. (1985)** A psychodynamic view of character pathology in Vietnam Combat Veterans. *Bul. of the Mininger clinic, 47, 193-210.*

- **Brende. J. (1980)** The Vietnam combat delayed stress syndrome. Am. J. of clinical Hypnosis, 23, 34-40.

- **De la pina. A (1984)** *PTSD in Vietnam veterans* in (Van der kolk) Psychological and biological sequelae. Washingt. Am psych. Press.

- **Erickson. E (1968)** *Youth, Identity and crisis*, N.Y Norton.

- **Green. B. et al (1985)** Conceptualizing PTSD, in (Figley) *Trauma and its wake*. Brun-

ner-Mazel.

- **Grenn. R (1990)** Defining Trauma, in. *J of, Appl. Social psycho, 20, 1632-1641.*

- **Horowitz M (1986)** *Stress response syndromes,* N.Y Aronson.

- **Keane. T et al (1985)** A Behavioral approach to assessing and treating PTSD in Vietnam veterans, in (Figley) *Trauma and its wake. N.Y* Brunner-Mazel.

- **Kilpatric. D. et al (1989)** Victims and crime factors associated with the development of crime related PTSD. In *Beh. Therapy 20, 199-214.*

- **Kilpatric. D et al (1979)** The aftermath of rape, *Am. J. of orthopsych. 49, 658-669.*

- **Lifton. R. (1967)** *Death in life survivors of Hiroshima,* N.Y. Basic Books.

Lifton. R. (1982) The psychology of the survivor andt the death imprint in *psych. Annals. 12, 1011-1020.*

Saigh. Ph. (1992) *Post-traumatic stress disorder,* Allyn and Bacon.

Van Der Kolk. B. (1984) *PTSD: Psychological and biological sequalae.* Washingt, Am. Psychiatric press.

Van Der Kolk. B. (1982) Psychopharmacological issues in PTSD, *Community Psych. 34, 683-691.*

- **Wilson. J (1977-1978)** *Identity, Ideology and Crisis.* The Vietnam veterans in transition, Vol 1 and 2, Washingt, Disabled Am. Veterans.

الفصل الرابع

تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ووسائل التقويـم والقياس

درسنا في الفصل الثاني الصفات الرئيسية والثانوية لاضطراب ما بعد الصدمة والتي على أساسها يمكن تشخيص الاضطراب المذكور. من الصفات المميزة: الأفكار الدخيلة والتجنب ـ التبلد واضطراب الجهاز العصبي المستقل.

إلى جانب معايير التشخيص التي حددتهما جمعية الطبِّ النفسي الأميركية، هناك وسائل متعددة للتقويم يلجأ إليها المعالج النفسي لدراسة نتائج الصدمة، وفي هذا الإطار، لا بد لنا من دراسة القدرات المعرفية والسمات المرضية عند الشخص المصدوم وذلك من خلال بعض الاختبارات المختصة.

أولاً ـ الاختبارات التقليدية:

ويدخل فيها كل من اختبار وكسلر ورورشاخ واختبار مينسوتا المتعدّد

الأوجه (MMPI). لقد بين (BAILEY 1985) إن الأشخاص المصدومين (PTSD) يحصلون على درجات منخفضة في اختبار الأرقام (إعادة الأرقام) وهم يعطون أربعة أجوبة مميزة في اختبار رورشاخ (VAN DER KOLK et al 1984):

- ارتفاع عدد أجوبة اللون (C).
- ارتفاع عدد أجوبة اللون ـ الشكل (CF).
- انخفاض أو غياب أجوبة الحركة (M,K) خاصة الحركة الإنسانية.
- ارتفاع عدد أجوبة التشريح (AT) والدم. بالإضافة إلى ذلك، هناك ارتفاع في عدد الأجوبة المتعلقة بالأشياء الميتة أو الجامدة (دون حركة، جثث، قتلى).

ومن الملاحظ أن الشخص المصدوم الذي يمر في مرحلة التبلد يعطي عدداً قليلاً جداً من أجوبة اللون والحركة الإنسانية (أو لا يعطي منها شيئاً)، بينما نلاحظ العكس في مرحلة التدخل والتجنب (ارتفاع أجوبة اللون والتشريح).

يعتقد الباحثون (المرجع السابق) بأن تطبيق اختبار الرورشاخ يكون مفيداً جداً في عمليات التشخيص وبالأخص عندما تكون استجابات الشخص الإنفعالية فاترة أو مكبوتة ولم تظهر بشكل دال في الاختبارات الأخرى.

ويحاول (LEVIN 1993) أن يقيم مقارنة بين معايير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) حسب ما جاءت به جمعية الطب النفسي الأميركية من جهة واختبار الرورشاخ من جهة أخرى. ومن بعض النتائج التي توصل إليها:

المعايير	الرورشاخ
ـ الأفكار الدخيلة	سيطرة أجوبة C, CF
ـ التجنب	أجوبة انفعالية
ـ الومضات الدخيلة	HD أكبر من H (أي أجزاء من الجسم البشري بدلاً من الإشارة إلى الشخص ككل)
ـ استجابة الاجفال	أجوبة لون فقط C
وصعوبة التركيز	أجوبة لون C
ـ ردات الفعل الفيزيولوجية:	أجوبة انفعالية، أجوبة لون C,CF

اختبار مينسوتا

وجد الباحثون (KEAN et al 1983-1987) أن درجات الشخص المصاب باضطراب ما بعد الصدمة تكون مرتفعة في سلم F وباقي السلالم الاكلينيكية ما عدا سلم MF (الذكورة ـ الأنوثة) وسلم K. وفي عام ١٩٨٤، ظهر اختبار فرعي وضعه كين وزملاؤه يختص بقياس اضطراب ما بعد الصدمة وهو تابع لاختبار منيسوتا (SUBSCALE PTSD). يضم الاختبار ٤٩ سؤالا يتناول المظاهر المختلفة لاضطراب ما بعد الصدمة حسب معايير جمعية الطب النفسي الأميركية. تبين من خلال الابحاث أن الاختبار قادر على تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة تتراوح ما بين ٨٢ ـ ٨٧٪ وهو يستطيع أيضاً أن يميز بدقة بين الأشخاص المصابين بالاضطراب والذين يتظاهرون بالمرض. وتجدر الإشارة إلى أن اختبار مينسوتا هو الاستبيان المفضل لأنه يتمتع بقدرة تشخيصية واسعة ودقيقة لمختلف الأمراض النفسية بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة.

ثانياً - المنهجية المتعددة:

حاول الباحثون الاميركيون أن يدرسوا الأوجه المختلفة لاضطراب ما بعد الصدمة عند المقاتلين السابقين في فيتنام (MALLOY et al 1983) بما في ذلك الناحية السلوكية والمعرفية والفيزيولوجية. وتنحصر هذه الدراسة في المراكز المخصصة لهذه الغاية. قام الباحثون بعرض فيلم عن الحرب بالإضافة إلى أفلام ليس لها علاقة بالحرب وذلك لدراسة السلوك وردات الفعل عند الأشخاص المدروسين. وقد تم قياس درجة القلق والانفعال بواسطة اختبار القلق العائد إلى وولبي (WOLPE 1990)، وفي الوقت نفسه كانت تسجل نبضات القلب والإستجابة الجلدية. وبواسطة هذه الوسائل، توصل الباحثون إلى إعطاء تشخيص دقيق لاضطراب ما بعد الصدمة بنسبة ٩٠٪. وجدير بالذكر أن استجابات القلق والخوف والتغييرات الفيزيولوجية والجلدية كانت بارزة فقط عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.

ثالثاً - الاختبارات والاستبيانات:

هناك عدد لا بأس به من الاختبارات أو الاستبيانات الخاصة بقياس اضطراب ما بعد الصدمة. وهذه الاختبارات عملية ومختصرة وسهلة التطبيق وهي تعتمد على معايير جمعية الطب النفسي الأميركية (DSM-III-R) ولا بد لنا من الإشارة إلى أهمها.

١ - اختبار VESI

هذا الاختبار مخصص لدراسة الضغوط عند الجنود الأميركيين الذين

اشتركوا في حرب فيتنام. وقد وضعه KRAUSS و WILSON عام ١٩٨١ ويعرف باسم (VIETNAM ERA STRESS INVENTORY). إن هذا الاستبيان قريب اليوم جداً من معايير جمعية الطب النفسي الأميركية (DSM-III-R) من حيث قدرته على قياس اضطراب ما بعد الصدمة. وفي ١٩٨٩ تمت مراجعة الاختبار المذكور. وقد تبين بأن هذا الاختبار مفيد جداً في تشخيص وقياس اضطراب ما بعد الصدمة عند الجنود بطريقة مشابهة لاختبار الصدمة الفرعي التابع لاختبار MMPI. ومن الصفات التي يقيسها اختبار VESI.: الشعور بالذنب والإكتئاب، الأفكار الدخيلة، الخوف من فقدان السيطرة على النفس، الاهتياج، اضطراب الجهاز العصبي المستقل وما يتبع ذلك من اضطراب في النوم والذاكرة والسلوك.

٢ ـ اختبار SCID

قامت جمعية الطب النفسي الأميركية بوضع هذا الاختبار (STRUCTURED CLINICAL INTER VIEW ROR DSM) لقياس اضطراب ما بعد الصدمة انسجاماً مع المعايير التي جاءت بها. وهذا الاختبار هو كناية عن مقابلة إكلينيكية مقننة ويضم ١٩ سؤالاً ويشمل مختلف أوجه اضطراب ما بعد الصدمة. وقد قام SPITZER ومعاونوه بوضع هذا الاختبار منذ العام ١٩٨٥ وقد خضع لعدة تعديلات كان آخرها عام ١٩٩٠.

تشير الأبحاث إلى أن درجة الأمانة في الاختبار المذكور مرتفعة إجمالاً وتتراوح ما بين ٠,٨٧ و٠,٩٣ وبخصوص درجة الصدق فإنها تتراوح ما بين ٠,٨٩ و٠,٩٢. ويعتبر هذا الاختبار أداة مفيدة في يد الأخصائي

النفسي والمعالج النفسي نظراً لقدرته الجيدة على التشخيص والتمييز بين الأشخاص المصابين بالاضطراب والأشخاص غير المصابين.

٣ ـ سلم ميسيسيبي MISSISSIPI

في عام ١٩٨٨ وضع كين وزملاؤه اختبار ميسيسيبي لقياس اضطراب ما بعد الصدمة عند المقاتلين في فيتنام. وهناك شكل آخر للاختبار يمكن تطبيقه على المدنيين. يضم الاختبار ٣٥ سؤالاً مستمدة من معايير جمعية الطب النفسي الأميركية.

تشير دراسة كين إلى أن درجة الأمانة مرتفعة وتصل إلى ٠,٩٧ (إعادة التطبيق). أما قدرة الاختبار على التشخيص والتمييز بين المصابين وغير المصابين فإنها تتراوح ما بين ٠,٨٩ و٠,٩٣.

٤ ـ اختبار TCIS:

في عام ١٩٩٠ وضع DANSKY وزملاؤه اختبار لقياس اضطراب ما بعد الصدمة أطلقوا عليه عبارة (TRAUMA CONSTELLATION IDENTIFICATION SCALE). ويذكر الباحثون بأن هذا الاختبار هو جديد من حيث أنه يقيس الاستجابات المعرفية والانفعالية بطريقة دقيقة بخلاف الاختبارات الأخرى التي تركز على العوارض.

يضم الاختبار ٣٠ سؤالاً وتتناول عدة بنود من الأفكار والانفعالات والمشاعر (مثل نظرة الشخص إلى ذاته والعالم والآخرين، الشعور بالذنب، العزلة، اليأس، الغضب، الخوف الخ). ويبدو أن هذا الاختبار يعطي صورة واضحة عن معاناة الشخص إزاء الحدث المؤلم وكيف تأخذ هذه المعاناة بعدها الشخصي الفريد. ولا شك بأن هذا الاختبار مفيد جداً في جلسات

العلاج النفسي في حال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة.

إن درجة الأمانة في الاختبار تصل إلى ٠,٩٤ وهو يقيس العديد من الاضطرابات والمشاعر بما في ذلك الأفكار الدخيلة، النكران، الاضطرابات الحسية، الوسواس القهري، الإكتئاب، القلق، الخوف والسمات الذهانية.

٥ ـ اختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال:

وضع هذا الاختبار (CHILEREN'S PTSD INVENTORY) صايغ عام ١٩٨٩ وذلك لقياس اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، وقد اعتمد الباحث في وضع هذا الاختبار على معايير جمعية الطب النفسي الأميركية (DSM-III-R).

يضم الاختبار ١٠ اسئلة موزعة على أربع مجموعات فرعية. تتناول المجموعة الأولى التركيز على الصدمة من خلال المعاناة الشخصية والمشاهدة وسماع الأخبار المؤلمة عن أحد الناس. وتتركز المجموعة الثانية على طغيان القلق والكوابيس والأفكار الدخيلة والومضات الصادمة (أي أن الصدمة على وشك أن تتكرر). وتقيس المجموعة الثالثة انخفاض الرغبة في رؤية الأصدقاء والأنشطة التي كان يستمتع بها الطفل بالإضافة إلى صعوبة التكيف والشعور بالاختلاف عن الآخرين. وتضم المجموعة الرابعة مجمل العوارض المرتبطة بالصدمة مثل التجنب والشعور بالذنب والأرق وصعوبة الانتباه والتركيز (وما ينتج عن ذلك من تأخر دراسي) والغضب والتعصيب.

يعطي صايغ (١٩٨٩) بعض المعايير لتصنيف الصدمة حسب أجوبة الطفل. إذا كان مجموع النقاط (٤) وكانت الصدمة قد حصلت منذ أقل من ستة أشهر، فالتشخيص هو: اضطراب حاد لما بعد الصدمة. وإذا كان

مجموع النقاط (٤) وكانت الصدمة قد حصلت منذ أكثر من ستة أشهر، فالتشخيص هو: اضطراب مزمن لما بعد الصدمة. وإذا كان مجموع النقاط أقل من (٤)، فالتشخيص هو: طفل سليم.

٦ ـ اختبار مؤشر الاستجابة للأطفال (PTSD-RI)

إن اختبار مؤشر الاستجابة (REACTION-INDEX) يقيس خصيصاً اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، وهو من أفضل الاختبارات المتوفرة حتى الآن. وضع هذا الاختبار كل من FREDERIC و PYNOOS و NADER عام ١٩٨٩ وتعتمد أسئلة الاختبار على معايير جمعية الطب النفسي الأميركية (DSM-III-R).

يضم الاختبار ٢٠ سؤالاً وهناك خمسة احتمالات لكل جواب وعلى الطفل أن يحدد الاحتمال المناسب بالتعاون مع الفاحص (أبداً، قليلاً، أحياناً، كثيراً، كثيراً جداً). يمكن تطبيق الاختبار على أطفال المرحلة الابتدائية أي الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٥ و١٣ سنة والذين سبق لهم وتعرضوا لصدمة أو لنكبة.

تعليمات الاختبار:

ـ على الفاحص أن يعرّف عن نفسه أمام الطفل وأنه اختصاصي يعمل مع الأطفال الذين يعانون من بعض الصعوبات والمشاكل بسبب بعض الحوادث.

ـ يقول الفاحص: أحب أن أطرح عليك بعض الأسئلة ولكن في البداية أريد منك أن ترسم لي صورة أي شيء يأتي على رأسك وبعد ذلك سوف تروي لي قصة حول ما رسمت. هذه خطوة ضرورية لإقامة علاقة طيبة مع

الطفل من جهة وللتعرف إلى طبيعة الصدمة من خلال الرسم من جهة أخرى. ولا بد للفاحص من طرح بعض الأسئلة حول الرسم لتحديد الظروف والأمور المتعلقة بالصدمة.

ـ على الفاحص أن يسجل قبل كل شيء المعلومات الأساسية عن الطفل: الأسم، العمر، العنوان الخ.

ـ إذا أجاب الطفل على السؤال بنعم أو لا، حاول أن تحدد أكثر بحيث تقول له: كم مرة في الاسبوع... وإذا أجاب الطفل كثيراً، حاول ان تحدد ذلك قائلاً: هل تقصد مرتين أو ثلاث مرات في الاسبوع؟

إن هذا الاختبار قادر على إعطاء تشخيص جيد وواضح لاضطراب ما بعد الصدمة وذلك حسب الجدول التالي:

مجموع الدرجات	التشخيص PTSD
أقل من ١٢	غير مؤكد
١٢ ـ ٢٤	خفيف
٢٥ ـ ٣٩	متوسط
٤٠ ـ ٥٩	شديد
٦٠ وما فوق	شديد جداً

اسئلة الاختبار (PTSD-RI)

١ ـ هل تعتقد أن ما حدث هو شيء مؤلم جداً لمعظم الأطفال في مثل عمرك؟

٢ ـ هل تشعر بالخوف والاضطراب (انزعاج) عندما تفكر بالحدث؟

٣ ـ هل ترى دائماً أو تسمع أصواتاً ترتبط بالحدث؟

٤ ـ هل يعود بك التفكير إلى الحدث بالرغم عنك ودون أن تريد ذلك؟

٥ ـ هل تأتيك أحلام مزعجة أو حلوة حول الحدث؟

٦ ـ هل تفكر أحياناً بأن ما حدث لك سوف يحدث مرة ثانية؟

٧ ـ هل تشعر بالراحة عندما تفكر بأشياء كنت تحب أن تقوم بها قبل الحادثة مثل اللعب مع الرفاق، الرياضة، أنشطة المدرسة؟

٨ ـ هل تشعر بأنك وحيد حتى ولو كنت مع الناس ووحيد مع أفكارك وأن الناس لا يفهمون ما يدور في داخلك؟

٩ ـ هل تشعر بالخوف والاضطراب والحزن بحيث لا تريد في الواقع أن تعرف شيئاً عن مشاعرك؟

١٠ ـ هل شعرت بالخوف والاضطراب والحزن بحيث لم تقدر أن تتحدث عن ذلك أو حتى أن تبكي؟

١١ ـ هل تجفل بسرعة وبسهولة وتشعر بالعصبية أكثر من الأول؟ (مثلاً عندما تسمع ضجة مزعجة، هل تجفل وتقفز من مكانك).

١٢ ـ هل تشعر بأنك سيء أو مذنب لأنك لم تفعل شيئاً كنت تتمنى أن تفعله؟ (مثلاً أن تنقذ أحداً أو تفعل شيئاً لمنع ما حدث).

١٤ ـ هل الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحادثة تمنعك من تذكر بعض الأشياء التي تعلمتها في المدرسة أو البيت؟

١٥ ـ هل من السهل عليك أن تنتبه وتركز كما كنت في السابق (مثلاً أن تتابع المدرس في الصف أو تصغي لحديث أمك في المنزل)؟

١٦ ـ هل تريد أن تبقى بعيداً عن الأشياء التي تذكرك بما حدث لك (حدد هذه الأشياء مثل دم، رائحة، سلاح...)؟

١٧ ـ هل تصبح متوتراً ومضطرباً إذا ما ذكرك شيء ما بالحدث؟

١٨ ـ عندما كنت صغيراً، كنت تقوم ببعض الأشياء لكنك توقفت عنها عندما كبرت. ولكن بعد الحادثة، هل رجعت ثانية إلى تلك الأعمال مثل أن تنام مع أحد من أهلك، أن تمص إصبعك، أن تقضم أظافرك، أن تبول في الفراش...)؟

١٩ ـ هل تشعر بعد الحادثة بالآم في المعدة أو صداع أو أشياء مؤلمة أخرى أكثر من السابق؟

٢٠ ـ أصبح من الصعب عليك أن تتوقف عن بعض الأشياء التي كنت لا تريد القيام بها قبل الحادثة مثل أن تتعارك مع الأطفال الآخرين، أن لا تطيع الأوامر، أن تقود دراجتك بشكل متهور، أن تتسلق بعض الأشياء، أن تجتاز الشارع أو تلعب دون حذر وانتباه.

٧ ـ المقابلة الدولية للتشخيص (CIDI)

في عام ١٩٨٨ وضع ROBINS وزملاؤه اختباراً لتقويم وتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. وهذا الاختبار يحمل الاسم المختصر التالي (COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INVENTORY)

إن هذا الاختبار سهل التطبيق ويمكن لغير الاختصاصيين أن يستخدمونه لأن الترقيم والتصحيح يتم عن طريق الكومبيوتر. وقد تبنت منظمة الصحة العالمية هذا الاختبار نظراً لسهولة تطبيقه وتلاؤمه مع مختلف المجتمعات.

٨ ـ اختبار تأثير الحدث (IES)

لا بد لنا أن نتكلم بشيء من التفصيل عن هذا الاختبار الذي يعتبر من الاختبارات الأولى التي تم وضعها لدراسة اضطراب ما بعد الصدمة. ولا يزال هذا الاختبار محتفظاً بقيمته العلمية حتى يومنا هذا. وكثيرون من

الباحثين يستخدمونه في التشخيص ومراقبة حالة المريض من خلال الجلسات النفسية العلاجية، كما أنه يمكن استخدامه في الأبحاث الميدانية المتعلقة بالصدمات والكوارث.

وضع هذا الاختبار (HOROWITZ 1979) وقد أطلق عليه عبارة «سلم تأثير الحدث»

(IMPACT OF EVENT SCALE) ويركز هذا الاختبار على قياس مظهرين أساسيين للصدمة: الأفكار الدخيلة (INTRUSION) والتجنب (AVOIDANCE).

يضم الاختبار ١٥ سؤالاً (٧ أسئلة مخصصة للأفكار الدخيلة و٨ أسئلة أخرى لمسألة التجنب). وهناك أربعة احتمالات للإجابة: أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً وتقابلها الدرجات التالية:

صفر - ١ - ٣ - ٥.

أما معايير التشخيص فهي كالتالي:

- **الأفكار الدخيلة:**
  - درجة ضعيفة: من صفر إلى ٨.
  - درجة متوسطة: من ٩ إلى ١٩.
  - درجة مرتفعة: من ٢٠ إلى ٣٥.

- **التجنب:**
  - درجة ضعيفة: من صفر إلى ٨
  - درجة متوسطة: من ٩ إلى ١٩.
  - درجة مرتفعة: من ٢٠ - ٤٠.

اسئلة الاختبار:

يطلب من الشخص أن يقرأ الأسئلة ويجيب عليها حسب العمود المناسب (أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً) وأن يحدد خبرته الصادمة التي جرت له خلال الأيام الماضية (يمكن للباحث أن يملأ الورقة بنفسه إذا كان الشخص المفحوص غير قادر على الكتابة).

١ ـ هل تفكر في الحدث (ما جرى لك) دون قصد؟

٢ ـ هل تنزعج عندما تفكر في الحدث أو تتذكره؟

٣ ـ هل تحاول أن تزيل من ذاكرتك صورة الحدث؟

٤ ـ هل لديك صعوبة في النوم بسبب أفكار وصور متعلقة بالحدث؟

٥ ـ هل تنتابك موجات من المشاعر القوية المؤلمة تتعلق بالحدث؟

٦ ـ هل تأتيك كوابيس (أحلام) متعلقة بالحدث؟

٧ ـ هل تحاول تجنب ما يذكرك بالحدث؟

٨ ـ هل تشعر بأن ما حدث لم يكن شيئاً حقيقياً؟

٩ ـ هل تحاول أن تتجنب الكلام عن الحدث؟

١٠ ـ هل تطغى على رأسك صور متعلقة بالحدث؟

١١ ـ هل هناك أشياء إذا رأيتها أو سمعتها تذكرك بالحدث؟

١٢ ـ هل لديك مشاعر صعبة مرتبطة بالحدث ولا تستطيع التعبير عنها؟

١٣ ـ هل تحاول عدم التفكير بما حدث لك؟

١٤ ـ هل هناك ما يسبب لك استرجاع الحدث؟

١٥ ـ هل مشاعرك متبلدة تجاه الحدث (أي أنك تكبت مشاعرك وتتجاهل ذلك)؟

دراسة الأمانة:

وصلت درجة الأمانة في هذا الاختبار إلى حوالي ٠,٨٧، إذ كانت ٠,٨٩. للأفكار الدخيلة مقابل ٠,٧٩. للتجنب (HOROWITZ 1979).

الصدق:

وجد HORIWITZ بأن الاختبار صادق من حيث قدرته على التمييز بين المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة والأشخاص الآخرين الذين يعانون فقط من ضغوط أو اضطرابات نفسية خارجة عن نطاق اضطراب ما بعد الصدمة. وجد الباحثون أيضاً بأن الاختبار حساس جداً لجلسات العلاج النفسي بحيث كانت تنخفض درجات التجنب والأفكار الدخيلة تبعاً لعدد الجلسات.

في عام ١٩٨٧ قام عدد من الباحثين بتطبيق الاختبار المذكور على عينة من الجنود المقاتلين في فيتنام والذين يعانون من اضطراب مابعد الصدمة. وقد أظهر الاختبار قدرة تشخيصية جيدة وصلت إلى ٧٤٪ (SCHWARZWALD et al 1987). وفي عام ١٩٩٠ توصل لي هالي (LEE HALEY) إلى أن اختبار تأثير الحدث لا يستطيع التمييز بدقة بين الذين يتظاهرون بالمرض والذين يعانون بالفعل من اضطراب ما بعد الصدمة. لذا، من المستحسن استعمال أدوات تشخيصية أخرى مثل اختبار الصدمة التابع لاختبار مينسوتا.

وبالرغم من هذا النقص المذكور فإن اختبار تأثير الحدث يبقى مفيداً وعملياً في تشخيص العديد من حالات اضطراب ما بعد الصدمة، أكان ذلك في ميدان الأبحاث أوالعلاج. غير أن الاختبار لا يستطيع أن يكشف عن الكذب أو الغش وإلى أي حد يتظاهر الشخص بالمرض. لذا، يجب استخدام أكثر من اختبار واحد.

الخلاصة:

(١) ـ تدخل في اضطراب ما بعد الصدمة صفات مرضية متعددة، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى وضع تشخيص غير دقيق. إذ غالباً ما نلاحظ في هذا الاضطراب وجود حالة من الإكتئاب أو القلق أو اضطراب السلوك والشخصية أو حالة من التفكك والميول الذهانية بالإضافة إلى الحالات المزيفة حيث يحاول بعض الأشخاص أن يتظاهروا بالمرض. لذا، يجدر بالطبيب النفسي أو المعالج النفسي أن يضع تشخيصاً دقيقاً وأن يتم استخدام بعض الاختبارات لتقييم الوضع النفسي بشكل موضوعي. إن ضغوط الحياة اليومية (مشاكل زوجية، عائلية، اجتماعية بما في ذلك الطلاق والبطالة ووفاة أحد الأقرباء الخ) ليست أسباباً كافية لحدوث اضطراب ما بعد الصدمة، لأن هذه المشكلات تعتبر طبيعية وشائعة في حياة الناس. بينما تعتبر الصدمة تجربة مؤلمة جداً تخرج عن نطاق الإطار العادي للتجارب البشرية (تعذيب، اغتصاب، وفاة مفاجئة لأحد الأبوين في ظروف مؤلمة الخ).

(٢) ـ صحيح أن المصاب باضطراب ما بعد الصدمة يعاني من الاكتئاب والقلق والعجز الجنسي وقد يلجأ أيضاً إلى تعاطي الكحول والمخدرات، وهنا يجدر بنا أن نتساءل عن التشخيص الأساسي وما هي العوارض المصاحبة. فقد نقول: اضطراب ما بعد الصدمة مصحوب بحالة من الاكتئاب أو اضطراب الشخصية الخ. إن هذا النوع من التشخيص يساعدنا على تحديد الخطط العلاجية وكيفية التعامل مع المريض.

(٣) ـ لكي تكتمل عملية التشخيص والخطة العلاجية، لا بد من تقييم وظائفي لحالة المريض. وهذا التقييم يشمل:

• دراسة التاريخ الشخصي قبل المرض وما إذا كان الشخص يعاني من بعض الاضطرابات النفسية. ما هي الضغوط والأحداث التي تعرض لها في الماضي؟ ما هي الإستراتيجيات والمهارات التي كان يستخدمها لمواجهة الأحداث؟ إن هذه الدراسة تساعدنا على التنبؤ بسلوك الشخص أثناء الصدمة وما بعدها.

• يجب أيضاً دراسة الصدمة وظروفها ونتائجها. وفي هذا الإطار نتساءل عن عمر الشخص، مستواه العلمي، عمليات النمو والنضج، الجو العائلي الخ.

إن دراسة الصدمة وطبيعتها مسألة مهمة في تحديد اضطراب ما بعد الصدمة وما ينجم عن ذلك من ردات فعل ونتائج (استسلام، يأس، مقاومة، معنى الصدمة بالنسبة للشخص...) لقد تبين أن موقف الآخرين الداعم يلعب دوراً هاماً في تخفيف معاناة المريض. والخطأ الذي يرتكبه الأهل والأصدقاء وحتى المعالج هو في تبخيس قدرات المريض وعدم السعي الجاد لدفعه إلى الأمام. هنا لا بد لنا من طرح بعض التساؤلات: ما هي الأوقات والظروف التي كان يشعر فيها الشخص بأنه قوي وقادر؟ ما هي الأعمال التي نجح فيها في السابق؟ ما هي الوسائل والإستراتيجيات التي استخدمها وحقق من خلالها النجاح من حيث التعامل مع المشكلات؟

إن المسائل الأساسية التي يجب أن نطرحها ونسعى إلى إنجاحها من خلال تعاملنا مع المريض هي كالتالي:

- أن يدرك المريض بأن هناك حلاً ما بإمكاننا أن نتوصل إليه لحل المشكلة القائمة (فاعلية الحل).

ـ أن يتوقع المريض بأن هناك حلاً ما قد يستطيع القيام به إذا ما سعى إليه (التوقع).

وهنا تظهر مهارة المعالج في تدريب المريض على اكتساب وتنمية المهارات اللازمة (فاعلية الحل) من جهة وإلى تنمية الدافعية والرغبة في العمل من جهة أخرى من أجل إحراز التغيير والتحسن في الأفكار والمواقف (فاعلية التوقع).

(٤) صعوبة التقويم:

إن تقويم حالات اضطراب ما بعد الصدمة لا يخلو من الصعوبات نظراً لتعقيد هذا الاضطراب وتشابكه مع بقية الاضطرابات النفسية وعدم القدرة على التمييز دائماً بين المصاب حقاً بالاضطراب وغير المصاب. إن صدق التشخيص في اختبار الصدمة الفرعي التابع لاختبار مينسوتا لا يتعدى ٨٢٪ (KEAN et al 1987).

وقد وجد باحثون آخرون أن هذه النسبة تنخفض إلى ٦٩٪ (HYER et al 1987) وأن هناك ٥٠٪ من الجنود المقاتلين في فيتنام قد اعتمدوا الكذب في أجوبتهم.

لذا، من الضروري والمفيد أن يقوم المعالج بتطبيق أكثر من اختبار واحد للتقليل من الكذب وأن يدرس الحالة بكل دقة وعناية. إذ ليس كل من تعرض لصدمة أو كارثة يصاب باضطراب ما بعد الصدمة. والواقع، أن الأشخاص الذين يتأثرون بالصدمة أكثر من سواهم يكون لديهم إجمالاً خلفية مرضية أو شخصية سريعة العطب (ATKINSON et al 1982) من جهة أخرى، يجدر بالمعالج أو الطبيب النفسي أن يدرس طبيعة الصدمة ومدى شدتها وما إذا كانت تدخل بالفعل في فئة الصدمات والكوارث (معسكرات الاعتقال، التعرض لأجواء القصف والرعب، الاغتصاب،

التعذيب، الكوارث الطبيعية، الخطف والتهديد بالموت الخ). وهنا يجب الاعتماد على معايير جمعية الطب النفسي الأميركية. إن العديد من الجنود المقاتلين في فيتنام (ATKINSON 1982) يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ولكن بشكل متوسط أو جزئي لأن المعايير العلمية لهذا الاضطراب لا نجدها كاملة عندهم، غير أن الأطباء والمعالجين الذين يتابعون هؤلاء الأشخاص يميلون إلى التشخيص الكامل لاضطراب ما بعد الصدمة تعاطفاً مع أولئك الأشخاص باعتبار أنهم قد عاشوا ظروفاً صعبة وكانوا بمثابة ضحايا. وهذا التعاطف نجده أيضاً قائماً بالنسبة للنساء اللواتي تتعرضن للاغتصاب أو بالنسبة للأشخاص الذين يتعرضون للكوارث (حريق، غرق الخ).

في بعض الحالات، هناك أشخاص يعانون من عوارض شديدة وشبيهة باضطراب ما بعد الصدمة ولكن دون وجود معالم واضحة للصدمة. هنا لا يمكن التشخيص على أساس اضطراب ما بعد الصدمة. إذ يمكن أن تكون الحالة عبارة عن قلق شامل أو معمم (GENERALIZED ANXIETY) أو حالة شديدة من الوسواس القهري أو الخوف. وفي حالات أخرى، يمتنع الشخص عن سرد ما جرى له خوفاً من افتضاح الأمر وحرصاً على إخفاء الشعور بالعار الشديد أمام المعالج (حالة من الاغتصاب مثلاً بطلها أحد أفراد العائلة). إن المعالج النفسي يستطيع أن يدرك أن هناك حدثاً مؤلماً كامناً وراء الحالة النفسية الراهنة للشخص وأن هذا الحدث سوف يتم اكتشافه بعد أن تتوطد الثقة بين المعالج والمريض. وإذا كان بعض الأشخاص يقللون من أهمية العوارض ولا يفصحون عن تجاربهم المؤلمة، فإن البعض الآخر يبالغ في تفاصيل الصدمة ووصف العوارض، لذا، من المستحسن أن يستخدم

المعالج بعض الاختبارات اللازمة ويتصل بأفراد الأسرة لجمع المعلومات الضرورية عن المريض. ومن الأفضل أن يتم تشخيص الحالة من جانب أكثر من طبيب نفسي واحد أو معالج.

مراجع الفصل الرابع

- **Atkinson. R. et al (1982)** Assessment of Vietnam Veterans For PTSD. in *Am. J. of psych. 139, 1118-1121.*

- **Bailey. J. (1985)** Differencial diagnosis of post-traumatic stress and anti-social personality disorder. in Community psych 36, 881-883.

- **Blanchard. E et al (1986).** The utility of the Anxiety disorder interview schedule in the diagnosis of PTSD in Vietnam Veterans. *Beh. Research and Therapy. 24, 577-580.*

- **Horowitz. M (1979):** The Impact of Event scale. in *psychosom. Medicine 41, 209-218.*

- **Hyer. L. et al (1986)** Inpatient diagnosis of PTSD. in *J. of consulting and clinical psycho. 54, 698-702.*

- **Keane. T et al (1988)** Mississipi scale for combat related PTSD. *J. of consulting and clini. Psycho. 56, 85-90.*

- **Keane. T (1984)** Empirical development of an MMPI subscale for the assess-

ment of combat related PTSD. *J. of consult. and clini. psycho. 52, 888-889.*

- Miller. M et al (1995) The MMPI-2 PTSD. *J. of clini psycho. 51, 626-631.*

- Malloy. F et al (1983) Validation of a multimodal Assessment of PTSD in Vietnam Veterans *J. of consult And clini-psycho 51, 488-494.*

- Robins et al (1988) The composite international Diagnostic Inventory, on *Arch. Gen. Psych. 46, 1069-77.*

- Saigh, Ph (1989) On the development and validation of the children's PTSD inventory. Inter. *Inter. J. of special Educat, 4, 75-84.*

- Saigh. Ph (1992) *Post-Traumatic stress Disorder. Boston, Allyn and Bacon.*

- Scharzwald. J. et al (1987) Validation of the impact of event scale for sequalae of combat. *J. of consult. and clini. psycho. 55, 251-256.*

- Spitzer. R. and Williams. J (1985) *Structured clinical intervew for DSK-III,* N. Y. Psychiatric institute. See Figley (1985).

- Watson. C. et al (1989) Validation of five Combat Scales, *J. of consult. and clini. Psycho 1, 98-102.*

- Wilson. J. and Krauss. G. (1985) *Predicting PTSD among Vietnam,* N. Y. Bruner-Mazel.

- Wilson. J. and Krauss. G (1981) *The Vietnam Era Stress Inventory.* Cleveland State Univ.

الفصل الخامس

عمليات التعذيب وغسل الدماغ

«ليس التعذيب ما يخيفني ولا السقوط النهائي للجسد ولا فوهة بندقية الموت ولا الليل عندما تندفع نحو الأرض آخر نجمات الألم الشاحبة. ما يخيفني هو اللامبالاة العمياء لعالم عديم الرحمة وفاقد الإحساس»

الشاعر الدانماركي غاسموسن

أولاً ـ تعريف التعذيب وطرح المشكلة:

ذكرت منظمة العفو الدولية لعام ١٩٩٠ أن هناك حوالي ٧٠ دولة متهمة بممارسة التعذيب ومعظمها من العالم الثالث. وبعد صدور التقارير الأولى لهذه المنظمة (١٩٧٧ ـ ١٩٨٠) فإن الدراسات عن هذا الموضوع قد تكاثرت وتنوعت لتظهر في المجلات المختصة والكتب المنشورة وخاصة في الولايات المتحدة وكندا واستراليا والدانمارك.

(ALLOLI 1985, RASSMUSSEN et AL 1980 GOLDFELD et .AL 1988, REID and STRONG 1988, JACOBSEN et AL 1988)

ويستعمل العلماء عبارة «الناجون من التعذيب» (TORTURE SURVIVORS) وذلك للدلالة على الأشخاص الذين تعرضوا للاعتقال والتعذيب ولكنهم بقوا على قيد الحياة. جدير بالذكر أن العديد من هؤلاء الأشخاص يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). وقد حددت جمعية الطب النفسي الأميركية بعض الصفات الرئيسية لهذا الاضطراب كما رأينا في الفصل الثاني: استعادة ذكرى التعذيب، التجنب والتبلد، الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل.

يُعرّف التعذيب على أنه صدمة كبرى غير متوقعة تحصل لبعض الأشخاص الذين يخضعون لتعذيب نفسي وجسدي متعمد تمارسه أجهزة المخابرات التابعة للدولة أو منظمات ارهابية ذات أهداف سياسية أو دينية أو أتنية. من هنا يبدو «أن التعذيب هو سلاح سياسي حاد تستخدمه بعض الدول لإشاعة الرعب بين الناس وفرض السيطرة على العقول وقمع أصوات المعارضة: (منظمة العفو الدولية RCT 1992, AMNESTY INTER 1984) ويرمي التعذيب إلى تدمير الشخصية أو الهوية عند الضحية وخلق شعور بالرعب والتبعية والاستسلام (جمعية الطب البريطانية ١٩٨٦).

إن التعذيب بمعناه الواسع هو إذن إنزال الألم بشخص ما من أجل تحطيم إرادته. ويعتقد (Peters 1985) بأن ارتفاع نسبة أعمال التعذيب في القرن العشرين تعود إلى التغيير الحاصل في مفهوم الجريمة السياسية، بمعنى أن التعذيب قد أصبح سلاحاً مهماً في عمليات القمع السياسي الذي تمارسه بعض الأنظمة السياسية في العالم. وفي أحيان كثيرة تلجأ أجهزة الأمن إلى ممارسة التعذيب والتهديد أثناء التحقيقات السياسية وغير السياسية. (جرائم

وسرقات ومخدرات) وذلك لإجبار المتهم على البوح بالأسرار والاعتراف من أجل الحصول على المعلومات اللازمة. ويتحدث هنا بعض الباحثين عن ثقافة التعذيب والقمع TORTURE (WELSH and RAYNER 1997) وتشير الإحصاءات في ألبانيا على سبيل المثال لعام ١٩٩٥ أن ٨٠٪ من موظفي وزارة الداخلية هم من رجال الشرطة والمخابرات. وفي العديد من بلدان العالم الثالث بما فيها البرازيل والمكسيك يتعرض الجانحون (أطفال ومراهقون) لعمليات تعذيب واغتصاب.

وإذا عدنا إلى الاتحاد السوفياتي السابق، فإنه يتبين لنا بأن النظام الشيوعي أو كما كان يسمى بالستار الحديدي قد مارس، ولسنوات طويلة، التعذيب والقمع والإرهاب في السجون ومعسكرات الاعتقال. وهناك الملايين من المعتقلين قد أعدموا. وكان هدف النظام الشيوعي هو تبديل الفكر والسلوك والاتجاهات لخلق جماعات نمطية تخضع للنظام بشكل أعمى. وكان المعتقلون يقومون بالأشغال الشاقة وكان رجال الشرطة يعتقلون من يشاؤون ويضعونهم في السجون دون محاكمة وكانت توجه إليهم تهمة الخيانة على أنهم أعداء الشعب والدولة. ومن أساليب التعذيب: الضرب، غسل الدماغ، الإهانة والتشويه، الحرمان الشديد والعزل الخ. ملايين من المعتقلين تعرضوا للتعذيب والقتل (NOOR, 1996, TORTURE) ولم يتجاوز عدد الناجين من التعذيب أكثر من ٣٠٪. إن الفروقات القائمة بين معسكرات الاتحاد السوفياتي من جهة والمعسكرات النازية ومجازر اليهود من جهة أخرى هي أن الناجين في المعسكرات النازية ومجازر اليهود قد تلقوا الدعم والمساعدة والرعاية الكافية وقد استطاع القسم الأكبر منهم أن يستعيد حياته الطبيعية (إعادة التأهيل) بعكس الناجين من المعسكرات السوفياتية الذين يعانون الكثير من

الآلام النفسية والضغوط الاقتصادية (الفقر واليأس والضياع)، يضاف إلى ذلك أن الانتقال الفجائي من النظام الشيوعي إلى النظام الرأسمالي قد ولّد الكثير من الفجوات التي لم يتوصل المواطنون إلى ردمها بسهولة. إذ أن هناك الكثير من حالات الإكتئاب والانتحار والإنحرافات السلوكية وأعمال الإجرام. وطالما نحن نتكلم عن بعض الدول التي مارست التعذيب والإرهاب، فلا بد لنا من أن نشير هنا إلى أن إسرائيل هي من أكثر الدول التي تمارس التعذيب والقمع ضد الشعب الفلسطيني وتدعي بأن التعذيب هو حق شرعي لحماية أمنها (GORDON et AL 1995). إن الأسرى والمعتقلين العرب في مراكز الاعتقال والسجون الإسرائيلية يتعرضون لشتى أنواع التعذيب الجسدي والنفسي. وهناك معتقل أنصار في جنوب لبنان من الشريط المحتل حيث يمارس الإسرائيليون أعمالهم الوحشية. ومن الأساليب التي يستخدمونها (على لسان بعض الناجين من اللبنانيين من السجون الإسرائيلية، جريدة الديار، ٢١ نوفمبر ١٩٩٧):

ـ المرحلة الأولى: تجميع المعتقلين في مركز الاعتقال وصلبهم على الجدران وضربهم وإهانتهم وتهديدهم بإطلاق الرصاص عليهم، ثم نقلهم معصومي الأعين إلى مكان آخر.

ـ المرحلة الثانية: الاستجواب الذي يجري في ساعات متأخرة من الليل مع استخدام أساليب الترهيب والتعذيب بما في ذلك التعذيب بالكهرباء والإثارة الحسية الدائمة التي تحرم المعتقلين من الراحة والنوم. بعد ذلك يتم توزيع المعتقلين على زنزانات منفردة.

ـ المرحلة الثالثة: التنقل بين الزنزانة وغرفة التعذيب فالمحقق، ثم وضع المعتقل في حفرة ترابية والتهديد بدفنه حياً. ومن أساليب التعذيب الجسدي:

- استخدام الكهرباء ووضع التيار على مناطق الجسم الحساسة (الأذنان، الأصابع، القدمان، اللسان والأعضاء التناسلية الخ).
- صلب المعتقل خارج الزنزانة تحت حرارة الشمس أو تحت المطر والبرد.
- الضرب على الرأس بأعقاب البنادق والركل بالأرجل.
- وضع المعتقل في صندوق كبير من التنك والضرب عليه بقوة ثم دحرجة الصندوق بسرعة جنونية.
- نشر قطع من الزجاج داخل أرض الزنزانة وإجبار المعتقل على الوقوف عليها.

أما بالنسبة للتعذيب النفسي، فإنه يتناول تقليد أصوات الحيوانات، السخرية والشتم والتهديد بالموت، التهديد بتعذيب المعتقل أمام زوجته وأبنائه إذا لم يعترف، رؤية أو سماع أشخاص يتعذبون ويصرخون.

ثانياً: أساليب التعذيب

هناك وجهان للتعذيب: جسدي ونفسي. إذن هناك أساليب متنوعة والهدف منها هو تدمير الجسد والنفس. يمكننا هنا أن نشير بإيجاز إلى القسم الأكبر من هذه الأساليب (RASMUSSEN 1992-GENEFKLE 1994, WILSON and RAPHAEL, 1993).

أساليب التعذيب الجسدي:

- الضرب المنظم مثل الفلقة والضرب على الرأس والأذنين والضرب على الوجه والرفس بالأقدام الخ.

ـ التعذيب بالكهرباء وفي مناطق الجسم الحساسة بما في ذلك العضو التناسلي.

ـ الضرب بقضبان الحديد والسوط والضرب بأعقاب المسدس أو الرشاش.

ـ إبقاء رأس الضحية داخل الماء الوسخ حتى الشعور التام بالإختناق.

ـ التعليق (في السقف أو الباب وبشكل مقلوب).

ـ الحرق بالسيجارة وسواها (ماء حار، مواد كيميائية).

ـ الطعام القليل أو السيء حتى الشعور بالإرهاق الشديد.

ـ الحرمان من النوم.

ـ الضرب على الأسنان واقتلاع الأظافر.

أساليب التعذيب النفسي:

ـ العزل والحرمان من الأحاسيس الطبيعية (مثل الصوت، الضوء، الماء، الطعام، انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي). إن العزل يؤدي إلى سقوط الدعم الاجتماعي وانقطاع التواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى النكوص والخلط الذهني والاعتماد المطلق على المحقق لانقاذه.

ـ التهديد بالقتل والإعدام. وهذا التهديد يؤدي إلى حالة من الخوف الشديد واليأس (وضع المسدس على رأس الضحية وتهديده بإطلاق الرصاص عليه).

ـ مشاهدة أشخاص يتعذبون ويقتلون أمام الأسير.

ـ الإذلال والشتم والإهانة عن طريق الألقاب والكلمات المشينة. وهذا ما يؤدي إلى تدمير الشعور بالكرامة الذاتية ويدفع بالتالي إلى تنمية الشعور بالذل والعار.

ـ الحرمان من النظافة البدنية والراحة (ظروف صحية سيئة ومنع المعتقل من الذهاب إلى المرحاض ساعة يشاء). وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالحقارة وهبوط قيمة الذات والعودة إلى النكوص.

ـ الاغتصاب (الطعن في كرامة الذات).

ـ غسل الدماغ وضرب المعتقدات والقيم الشخصية.

ثالثاً: نتائج التعذيب:

إن نتائج التعذيب متنوعة ومعقدة للغاية أكان ذلك من الناحية الجسدية أو النفسية. ومن هذه النتائج نذكر: (ALLODI 1991, GENEFKLE 1994 RASMUSSEN 1990, GOLDFELD et al 1988).

على الصعيد الجسدي:

ـ الشعور بالآلام المبرحة في أنحاء الجسم المختلفة والناجمة عن الضرب والحرق والكسور.

ـ الصعوبة في المشي.

ـ الخلل في السمع والعمود الفقري.

ـ التهابات وأمراض مختلفة.

ـ آلام في المفاصل.

ـ ظهور البواسير.

ـ تلف في العضلات وتقرحات دماغية.

ـ آلام في المنطقة التناسلية.

ـ التشويه.

- اضطرابات الجهاز الهضمي والتهاب القولون.
- خفقان الصدر وضيق التنفس.
- انخفاض شديد في الوزن.

على الصعيد السيكولوجي والذهني:

- الخلط الذهني واضطراب التوجه الزماني ـ المكاني.
- اضطراب الذاكرة.
- انخفاض القدرة على القراءة والاستيعاب والدراسة والعمل.
- هبوط القدرة على التركيز.
- الاهتياج والغضب والعدوانية.
- العزلة والانسحاب الاجتماعي.
- احتقار النفس والانخفاض في تقدير الذات. الشعور بالذنب ولوم النفس.
- الكوابيس والخوف والحذر الشديد.
- فقدان الثقة بالنفس وبالآخرين.

على الصعيد الفيزيولوجي:

- فقدان النشاط والحيوية.
- الأرق وخفقان الصدر كنتيجة للتعذيب (HYPERVENTILATION).
- الصداع والتعرق.
- اضطرابات الحياة الجنسية.

ولزيادة معلوماتنا عن موضوع التعذيب، وجدنا من المفيد أن نتحدث هنا عن مسألة الأسرى وعمليات غسل الدماغ.

الأسرى:

يتعرض معظم الأسرى لعمليات التعذيب وغسل الدماغ. وتدل الأبحاث على أن هؤلاء الأسرى يعانون الكثير من المشاكل الصحية والنفسية. معظم الأسرى الأميركيين الذين وقعوا في قبضة المقاتلين في فيتنام الشمالية قد عاشوا تجربة التعذيب بأشكاله المختلفة (العزل، سوء التغذية، الضرب، الشتم، غسل الدماغ والتلقين العقائدي، التهديد بالقتل الخ). وقد كانت النتائج مأسوية للغاية، إذ هناك ١٥٪ من الجنود الأميركيين الذين قاتلوا في فيتنام يعانون حتى الآن من اضطراب ما بعد الصدمة، وإن نسبة المترددين على العلاج تصل إلى حوالي ٥٠٪ (JORDAN 1991, FOY 1992). إن حرب فيتنام تعتبر كارثة وطنية بالنسبة للأمريكيين لأن العديد من الناجين لم يتخلصوا حتى الآن من نتائج الأسر والمعارك. ويكفي أن نذكر بأن هناك ٣٠ ـ ٤٠٪ منهم قد أصبحوا منحرفين ومن ذوي الشخصيات المعادية للمجتمع (FOY 1992).

إن دراسة الأسرى في المعسكرات النازية واليابانية (الحرب العالمية الثانية) قد أعطت النتائج التالية (BEEBE 1975):

- الإنطواء والعزلة.
- العدوانية وسوء التكيف.
- الإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية.
- اضطراب ما بعد الصدمة.

درس (ZEISS 1985) الناجين من الحرب العالمية الثانية وحرب كوريا وقد توصل إلى ما يلي:

- ٢٠٪ من الأسرى يعانون من العوارض النفسية والتي استمرت معهم

لوقت طويل (هذه العوارض يمكن تصنيفها اليوم تحت عبارة: اضطراب ما بعد الصدمة).

- ٣٦٪ منهم قد ظهرت لديهم العوارض النفسية بعد انقضاء عدة سنوات (الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة).
- ١٧٪ ظهرت لديهم العوارض النفسية ولكنها تلاشت مع الوقت.
- ٢٠٪ استمرت عندهم العوارض.

إن دراسة الأسرى والناجين من الحرب العالمية الثانية قد أظهرت نسبة مرتفعة من الاضطرابات النفسية، إذ أن هناك ٦٧٪ قد استمر عندهم الاضطراب لسنوات طويلة.

من جهة أخرى، درس (GOLDSTEIN 1987) الأسرى الناجين من السجون اليابانية (الحرب العالمية الثانية) وقد وجد، بعد أربعين عاماً، أن هناك ٥٠٪ من هؤلاء الأسرى لا يزالون يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى الشكوى الصحية الدائمة.

رابعاً ـ غسل الدماغ

(١) تعريفه وتاريخه:

تشكل عملية غسل الدماغ أحد البنود المهمة في الحرب النفسية التي ترمي أساساً إلى تثبيط عزيمة العدو وإبطال عقيدته وإيمانه بقضيته الوطنية. وتعتبر عملية غسل الدماغ من أخطر الأساليب المستخدمة في الجيوش وتعرف هذه العملية بكلمة BRAINWASHING. الهدف من غسل الدماغ هو تحويل الأسير إلى كائن مسلوب الإرادة ومحطم المعنويات وذلك من خلال الضغوط النفسية والجسدية المؤلمة التي يمارسها العدو

ضده. وقد لجأ الشيوعيون وكذلك الصينيون وسواهم إلى استخدام أساليب التعذيب وغسل الدماغ لفرض هيمنة الحزب الواحد على البلاد وهم يستعملون في هذا المعنى عبارة «إصلاح الفكر أو ضبط الفكر» (THOUGHT CONTROL) وذلك لتحقيق الإندماج للأعضاء الجدد في الحركة الشيوعية. وقد مارس الصينيون على سبيل المثال هذا الاسلوب بعد قيام الثورة الشيوعية (١٩٢٠ - ١٩٤٨) وخلال الحرب الكورية (١٩٥٠ - ١٩٥٣).

إن عملية غسل الدماغ ليست حديثة العهد، فقد مارستها الجماعات والدول منذ القديم ولكنها لم تكن قائمة على أسس علمية، إذ كانت تعتمد على أساليب الضغط والأرهاب الجسدي والفكري. ويبدو أن الدراسات العلمية لم تتبلور إلا في الخمسينات أي بعد الحرب العالمية الثانية. وتجدر الإشارة إلى أن عبارة «إصلاح الفكر» كانت شائعة في الممارسات الصينية. أما عبارة غسل الدماغ (BRAINWASHING) فلم تعرف الولادة إلا بعد الخمسينات وكان هنتر (HUNTER) أول من استخدمها وذلك في كتاب نشره في اميركا عام ١٩٥٦. ويحدِّد هنتر غسل الدماغ على أنه مجهود قوي ومركز يضع عقل الإنسان في حالة من الغموض والضباب، بحيث يتصور الشيء الحقيقي والواقعي بأنه غير واقعي وبحيث يصبح عنده الصواب خطأً والعكس بالعكس. ويعتقد أيضاً بأن الشيء الذي لم يحدث قد حدث بالفعل. وهكذا، حتى يصبح هذا الإنسان آلة في يد من يشرف على تعذيبه.

ويذكر براونفيلد BROUNFIELD نتائج غسل الدماغ على الجنود الأميركيين الذين وقعوا في قبضة الصينيين والكوريين الشماليين، إذ أن معظم المعتقلين الأميركيين قد وضعوا في مراكز للاعتقال وتحت ظروف

ضاغطة وقاسية جداً: البرد الشديد حتى درجة التجمد، الإرهاق الجسدي والغذاء السيء... وكان المعتقلون يركضون أثناء الليل بحكم الأوامر العسكرية ولساعات طويلة ومن لا يستطيع المتابعة ينهار ويموت. وفي النهار، كانت العزلة وكان الفراغ الاجتماعي والإنفصال عن العالم (زنزانة). وكان الكوريون الشماليون يقولون للاميركيين: بإمكاننا أن نقتلكم لأنكم دخلتم حرباً لا علاقة لكم بها ولكنكم تنفذون أوامر قادتكم وهم المجرمون الحقيقيون، وإنهم يخدعونكم ونحن نعتبركم طلاباً نريد تزويدكم بالحقيقة (يتضح هنا كيف يرمي هذا الأسلوب إلى تنمية الحقد ضد القادة الأميركيين وتهديم المعتقدات والقيم والمشاعر الوطنية السابقة). وبالفعل بدأ الجنود الأميركيون يكرهون قادتهم وكذلك رؤية طائرات الأمم المتحدة وكانوا يخافون من القنابل والطائرات (المرجع نفسه).

وباختصار، إن عملية غسل الدماغ في كوريا الشمالية قد تناولت مرحلتين: المرحلة الأولى ومدتها من شهر إلى ستة أشهر يوضع خلالها الأسرى في المعسكرات المؤتقة (المعسكرات الجماعية). إن الوفاة لا تعود فقط إلى قساوة الظروف الحياتية بل إلى استمرار الضغوط المزعجة، إذ لم يعد معظم المعتقلين يهتمون بحاجاتهم الجسدية، فكانوا يرتدون إلى أنفسهم ويرفضون كمية الطعام القليلة وكانوا ينامون في الزاوية ملتفين على أنفسهم مثل الكرة حتى يموتوا ببطء. وقد أكد شهود عيان أن هؤلاء الرجال كانوا يعانون من الاكتئاب الشديد والنكوص وكانوا يتقبلون الموت كحل نهائي للعذاب. وكان الصينيون والكوريون الشماليون يصنفون الأسرى حسب الجنسيات والقوميات والرتب والأعراق لزيادة مشاعر الحقد والتفرقة والعدوانية بين المعتقلين أنفسهم بينما لم يكن نظام الرتب

قائماً عند الجنود الصينيين والكوريين. وكان يرمي هؤلاء من وراء دلك أن يظهروا للأسرى بأن نظامهم السياسي أفضل من النظام الرأسمالي. بالإضافة إلى هذا كله، كان هناك جواسيس ومخبرون يقومون بإيصال الأخبار والمعلومات حتى التافه منها إلى المحققين الذين كانوا يجبرون الأسير على الاعتراف القسري بأنه مجرم ومنحرف وقد فعل كذا وكذا ضدهم وذلك حتى ينهار ويقبل بأي اتهام أو تجريم. وكان الأسير الأميركي يعتقد بأن المحقق الصيني أو الكوري يعرف عنه كل شيء. ولم يكن الجواسيس من الصينيين والكوريين فقط بل كانوا أيضاً من المعتقلين والأسرى أنفسهم، وهذا ما زاد في درجة الخوف والشك والتنافر بين الأسرى، وكان الأسير يرتد إلى نفسه بسبب هذه المخاوف، ولا يتكلم مع أحد ولا يفكر بالهروب.

(٢) تقنيات غسل الدماغ

لم تعد اليوم عملية غسل الدماغ محصورة بالصين فحسب بل هناك دول كثيرة تستخدم أساليب التعذيب المختلفة. إن عملية غسل الدماغ تعتمد على الإقناع القسري والإرهاب والإذلال حتى ينهار الشخص المعتقل وبذلك يتخلى عن معتقداته وقيمه السابقة ويصبح بالتالي مهيئاً لاستقبال الأفكار الجديدة أو المعاكسة. وأثناء الحرب العالمية الثانية، كان أطباء النفس يستخدمون المنومات مثل الغاردينال بكميات كبيرة وذلك لتهدئة الأسرى الذين نجوا من الموت، إذ أنهم كانوا في حالة نفسية مؤلمة جداً (SARGENT 1959). تقوم عملية غسل الدماغ على بعض النظريات العلمية مثل الإشراط وفك الإشراط وإعادة الإشراط. وكان لينين يعتبر بافلوف (صاحب نظرية الإشراط) من أنصار الثورة الشيوعية ومع ذلك

ثم يحن العالم المذكور من أنصار تلك الثورة. إلى جانب البافلوفية هناك نظرية التحليل النفسي التي تكشف عن طبيعة الأزمات والميكانيزمات الدفاعية التي تلجأ إليها الأنا لحل الصراع، فالأسير يصل إلى درجة الاستسلام والإنهيار الشامل ويحدث التصدع في نظام خبراته ومعتقداته السابقة وكذلك في صورة الذات. ومن الوسائل المستخدمة في عملية غسل الدماغ نذكر:

١ ـ العزل: (ISOLATION)

ويعني عزل الأسير عن رفاقه وعن العالم الخارجي بصورة كاملة. إذ يوضع الأسير في زنزانة منفردة وفي ظروف صعبة ويقطع عنه كل اتصال خارجي مهما كان نوعه. ويبقى على هذه الحال لبضعة أيام دون استجواب أو محاكمة حتى يدخل الشك واليأس إلى داخله. فهو لا يعرف الزمان والمكان وما يدور خارج الزنزانة. إلى جانب ذلك، هناك الخضوع الأعمى والقسري لنظام معين (نظام الأسرى والمعتقلين). فهو لا يستطيع أن يفعل شيئاً إلا بأمر السجان وعليه أن يخفض عينيه دائماً إلى الأرض. فالنوم والطعام والنظافة كلها أمور تخضع لنظام صارم. وباختصار، يعامل الأسير كأنه حيوان ويعطى له رقم خاص به ولا ينادى باسمه وتنزع عنه كل الصفات الإنسانية.

٢ ـ الضغوط الجسدية والنفسية

بعد فترة العزلة، تأتي مرحلة التعذيب الجسدي والنفسي، إذ يتعرض الأسير لشتى ألوان التعذيب ويحرم من الطعام والماء والنوم حتى ينهار. وقد يطلب منه أن يتعرى ويسقط في ماء بارد جداً، هذا الماء الذي قد

يصل إلى أنفه ويهدده بالإختناق، ثم يركل بالأقدام دون رحمة وكأنه كلب أو حمار ويكبل أحياناً بالسلاسل ويتلقى المزيد من الضربات والشتائم والتهديدات. فإذا شرب أو تناول الطعام أو تكلم أو قام بحركة ما، فإنهم يسخرون منه وينعتونه بالكلب. وقد يطلب منه أن يبقى واقفاً خلال ساعات طويلة في مكان ضيق، وقد يتلقى الصدمات على الكرسي الكهربائي وقد يترك في ماء مكهربة، وقد يطلب منه القيام بأعمال مذلة تسقط فيها صورة الإنسان، إذ عليه مثلاً أن يبقى راكعاً على ركبتيه ويداه إلى أعلى ووجهه نحو الحائط، وعليه أن يمشي على رأسه أو ينام وهو واقف الخ. وهناك وسائل أخرى مشابهة لا مجال لذكرها هنا ولكن القسم الأكبر منها سوف يتضح من خلال عرضنا لبعض الحالات، الغاية من هذا كله هو تعذيب الأسير حتى يدخل في مرحلة اليأس والاستسلام. فالضغط المتواصل على المستوى الجسدي والنفسي يؤدي بالأسير أو المعتقل إلى حالة من الغموض والإرتباك لا يعود بعدها قادراً على التمييز بين الواقع وغير الواقع، بين الحقيقة والوهم، بين ما كان يؤمن به وما يفرض عليه (BARKER 1969).

٣ ـ التجريم والاعتراف:

إن التحطيم الدائم للفكر يكون بإدخال الشك والكراهية ضد نظام القيم والمبادىء التي يؤمن بها الأسير. ولضرب هذا الإيمان، يلجأ العدو إلى تجريم الأسير وإلصاق التهم المختلفة به. هدف الاستجواب إذن هو أن يعترف الأسير بجرائمه وضلاله (جرائم وهمية) ولو كان ذلك من باب الإيحاء والوهم وفرض الرأي. المهم هو إشعار الأسير بالذنب والخطأ الكبير الذي ارتكبه. وقبل أن يتمكن الأسير من الاعتراف حسب رغبة

العدو، هناك طريقة يتم استخدامها وهو الاعتراف القسري أي اعتراف الأسير بأنه قد ارتكب جرائم عدة. ويبقى الأسير يعيش تحت وطأة الضغوط المؤلمة حتى يقبل بالاعتراف والتجريم كحل لعذابه. فالتجريم يؤدي إلى سقوط المعتقدات السابقة وإلى تشويه كبير في صورة الذات. ومن الأساليب المستخدمة في التجريم هذه الجمل: «أنت الآن معتقل لأن حكومتنا تعتبرك مجرماً، جريمتك واضحة للجميع عداك أنت. واجبك الأول هو أن تفهم طبيعة جرمك. وإذا اعترفت فسوف نساعدك. وإذا كنت صادقاً مع نفسك، فإنك سوف تكتشف ذنوبك بسرعة أكبر وعليك القبول بالذنب عن طريق الاعتراف وإصلاح نفسك لأنك كنت على خطأ وضلال (1969 BARKER).

إن الشعور بالذنب والخطأ يدفع بالأسير إلى تبديل سلوكه ومعتقداته السابقة وصب حقده على زعمائه وقادته (الإسقاط).

وفي جلسات الاستجواب، يقوم المحقق بتوجيه العديد من التهم إلى الأسير. وعلى هذا الأخير الاعتراف وإلا فإنه يهدد من جديد بالتعذيب والموت. وأثناء الاستجواب قد تسقط على رأسه قطرات من الماء بشكل مزعج.

٤ ـ التلقين العقائدي (INDOCTRINATION):

بعد أن يصبح الأسير آلة طيّعة في يد العدو، عندئذ تبدأ مرحلة التغيير في التفكير والسلوك ويعاد بناء الذات عند الأسير حسب أهواء العدو وأهدافه (الدخول في صفوف العدو والوعد بالمستقبل). وفي هذه المرحلة، يقوم العدو بإلقاء المحاضرات والتلقين الفكري والعقائدي. وهنا تظهر أهمية العمل من أجل الانتماء إلى صفوف العدو. وتدل التجارب

على أن استمرار هذا السلوك (التلقين العقائدي والانتماء إلى الجماعة) قد بقي قائماً عند بعض الأسرى الذين استقروا في المجتمع الصيني والكوري (ENCYCLOPEDIA BRITANNICA).

وكان الصينيون يقومون بإلقاء المحاضرات على الأسرى ويضعون تحت تصرفهم مجموعة من المجلات والصحف المحلية الموجهة. وكانت المحاضرات تلقى يومياً وتستغرق أكثر من ساعة واحدة وتتناول التنديد بأميركا والأمم المتحدة... ويعقب ذلك مناقشة عامة. ولكي يزيد المرشدون في اجتذاب الأسرى كانوا يقدمون لهم المكافآت المادية والمعنوية (تقديم السجاير والفاكهة والحلوى والامتيازات الخاصة).

إلى أي حد نجح الصينيون في عملية غسل الدماغ وفي التلقين العقائدي؟

لا توجد دراسات وإحصاءات واضحة في هذا الشأن، غير أن الوقائع تشير إلى أن عدداً قليلاً من الأسرى قد فضل البقاء في الصين واقتنع بالنظام السياسي، بينما فضل الآخرون العودة إلى الوطن.

خامساً: وسائل الحد من التعذيب:

ينظر (SIMPSON 1993) إلى الصدمات نظرة تفاؤلية ويعتقد بأن الصدمة شبيهة بالثورة لأنها تقوم على مبدأ الأزمات. ومن المستحسن أن تؤدي إلى إعادة النظر في أنظمة الشخصية والسلوك والمعايير والمعارف والمهارات. والواقع، لا يتم حل هذه الثورة في حالة التعذيب لأنها لا تؤدي إلى حدوث بنيانات جديدة كما يحدث ذلك في مجال العلوم وتطور الجينات. إن الصدمة تؤدي إلى اضطراب عميق واهتزاز في البنيان

الشخصي. غير أن الأمل يشكل النموذج المطروح والمفيد. إنه بمثابة عبّارة نحو وظيفة مهمة لبنيان جديد. فالأمل هو البحث عن مستقبل أفضل. وهذا يتوقف على قدرات الشخص واعتقاده بأن هناك خياراً أفضل يمكن الوصول إليه.

فالصدمة مؤلمة، لا شك فيه، ولكنها مثمرة وضرورية لنمو الإرادة ولخلق نماذج متطورة في الشخصية. قد أكون حزيناً ولكنني قد أكون أكثر وعياً وحكمة. إذا أردت أن تعيش عليك أن تتحمل الألم والإحباط. وإذا أردت أن تتابع الحياة بعد النكبات، عليك أن تعطي معنى للحياة من خلال الألم.

ودون الدخول في تفاصيل المفاهيم الروحية والفلسفية للألم والإرادة، لا بد لنا من طرح بعض القضايا الأساسية للحد من التعذيب:

- الاعتراف بحقوق الإنسان.
- دور الاختصاصيين والمؤسسات غير الحكومية.
- خطة العمل الدولية.
- دور العائلة ودور الإعداد النفسي.

١ ـ الاعتراف بحقوق الإنسان:

على أثر المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان المنعقد في فيينا عام ١٩٩٣، أصبح هناك اعتراف كامل بالحقيقة القائلة بأن هناك ترابطاً قوياً بين التنمية وحقوق الإنسان. وقد جاء في المادة الخامسة من التقرير النهائي للمؤتمر ما يلي:

جميع حقوق الإنسان هي:

- عالمية شاملة.
- غير قابلة للتجزيء.

- مترابطة مع بعضها البعض.

وتتناول هذه الحقوق، الحقوق المدنية، الحقوق الاجتماعية والاقتصادية، والحق في التنمية.

أهم الحقوق المدنية هو حق المشاركة في انتخابات حرة ونزيهة (احترام التعبير عن الرأي). لا يكفي أن تتم الانتخابات الحرة بل يجب الانتقال من هذه المرحلة إلى مرحلة أخرى أكثر أهمية: التنمية ومشاركة المواطن في نهضة المجتمع من أجل بناء ديمقراطية صحيحة. ولا يمكن لهذه الديموقراطية أن تنشأ على أكتاف الفقر والجهل والفوضى. من المستحيل أن تنمو الديموقراطية في مجتمع تغيب فيه الطبقة الوسطى القوية، كما يقول (SERENSEN 1996)، لأن هذه الطبقة هي العمود الفقري القوي للديموقراطية.

إن المجتمع الذي يقوم على فقير وغني فقط لا يمكنه أن يعرف أصول الديموقراطية أو أن يتحرر من أساليب الاستبداد والظلم وتوفير الرعاية للأشخاص الذين تعرضوا للتعذيب.

٢ - دور الاختصاصيين والمؤسسات غير الحكومية:

إن اكتساب المعلومات الأساسية عن التعذيب يعتبر مسألة بالغة الأهمية لكل شخص يهتم بالدفاع عن حقوق الإنسان، وهذه المعرفة سوف تسهم، بطبيعة الحال، في مقاومة التعذيب ودفع المهتمين إلى العمل المشترك. لذا، من الضروري أن يطلع الأطباء وعلماء النفس والممرضون على وسائل التعذيب والأسر. إن التحدي الذي يواجه المعالجين في هذا المجال هو مساعدة الناجين (علاج طبي، علاج نفسي، تدليك) لاستعادة شعورهم بالوحدة النفسية - الجسدية والإيمان من جديد بالله والحياة

والمستقبل. بالإضافة إلى هذه المساعدة المتخصصة، هناك دور المؤسسات الإنسانية والخيرية والدولية من أجل محاربة الإرهاب والتعذيب وتقديم الخدمات اللازمة وعقد المؤتمرات الدولية التي تساهم في رفع مستوى الوعي عند الأفراد والجماعات وتنبه إلى خطورة التعذيب وتدفع بالتالي إلى الحل المشترك من أجل الدفاع عن حقوق الإنسان.

ومن المؤسف أن عدداً من الأطباء والممرضين يتورطون في أعمال التعذيب. وهذا لا يليق برسالتهم الإنسانية. في عام ١٩٨٦ عقد مؤتمر طبي دولي في كوبنهاغن تناول تورط بعض الأطباء في أعمال التعذيب. وقد أوصى المؤتمر باستبعاد هؤلاء الأطباء من أية جمعية طبية ودولية.

وفي تقريرها السنوي، أوضحت منظمة العفو الدولية عام ١٩٩٦ ضرورة الالتزام بأخلاقية المهنة بالنسبة إلى المشتغلين في حقل الطب والصحة النفسية وحثهم على عدم التورط في عمليات التعذيب.

٣ ـ خطة العمل الدولية:

في عام ١٩٩٦ عقد مؤتمر دولي في استوكهولم عن التعذيب وقد شاركت فيه خمسون دولة. الهدف من هذا المؤتمر هو وضع خطة عمل ضد التعذيب. وقد تناولت هذه الخطة ما يلي:

ـ على المؤسسات والمنظمات الدولية وغير الحكومية أن تقوم بإعداد البرامج واقتراح القوانين والتشريعات المناسبة ضد التعذيب.

ـ احترام حقوق الإنسان كجزء من سياسة الحكومات.

ـ برامج تدريبية عن حقوق الإنسان تُقدم لرجال الشرطة الذين ينتهكون أكثر من سواهم حقوق الإنسان.

ـ السماح لفرق التفتيش الدولية والصليب الأحمر بزيارة معسكرات الاعتقال والسجون والتحقق من سلامة الأسرى والمعتقلين وعدم تعذيبهم.

ـ على المنظمات والمؤسسات غير الحكومية أن تتعاون فيما بينها في شتى المجالات من حيث جمع المعلومات والوثائق والأبحاث...

ـ مقاومة أي شكل من أشكال الاغتصاب الذي يمارسه رجال الشرطة والعسكر ضد المعتقلين والمسجونين.

ـ حث الحكومات على سن القوانين المناسبة لضمان حقوق الإنسان والحد من التعذيب وتقديم رجال التعذيب للمحاكمة.

ـ الإعلام ونشر الوعي وإنشاء محكمة دولية دائمة تهتم بقضايا التعذيب، على أن يتم إنشاؤها في عام ١٩٩٨.

٤ ـ دور العائلة:

تم إعداد برنامج موجه لأفراد العائلة ويتضمن بعض المبادىء الأساسية من أجل التعامل مع الناجين من التعذيب والمعارك. وقد تم تطبيق هذا البرنامج على الجنود الأميركيين الناجين من الحرب العالمية الثانية. وقد وجدنا من المفيد أن نستعرض هنا تلك المبادىء نظراً لفائدتها وأهميتها (FIGLEY 1985):

١ ـ الترحيب بالناجي وإظهار المحبة له.

٢ ـ الإصغاء إليه.

٣ ـ عدم تجاهل المشكلة القائمة والاعتراف بوجود صدمة مهمة عند أحد أفراد العائلة.

٤ ـ التعامل مع الناجي على أنه إنسان طبيعي ولديه إمكانات وليس كمعاق.

٥ ـ التعليق على جهوده الطيبة وشجاعته مع تناسي بعض التجاوزات التي تصدر منه.

٦ ـ الاعتراف بأنه يختلف عن الأسوياء في بعض الأمور والتصرفات.

٧ ـ يجب توفير الظروف المناسبة كي يستعيد حريته وشجاعته بحيث نصطحبه إلى بعض الأمكنة ونساعده على إعادة بناء علاقاته الاجتماعية السابقة.

٨ ـ التشجيع على توقع الخير ومساعدته على ممارسة بعض هواياته المختلفة وتشجيعه على العودة إلى العمل بأسرع ما يمكن حتى يستعيد حياته الطبيعية. ولكن يجب الابتعاد، في التعامل معه، عن أساليب النهي والأمر التي تذكره بالحياة العسكرية والتعذيب والأسر.

٩ ـ التوجه به إلى المراكز العلاجية المختصة عندما تدعو الحاجة إلى تلقي العلاج المناسب.

١٠ ـ ليكن لديك من الإيمان والصبر بما فيه الكفاية حتى يمكنك التعامل مع هذا النوع من المشاكل داخل العائلة.

٥ ـ دور الإعداد النفسي:

بخصوص الإعداد النفسي المسبق، تبين أن الأشخاص الذين يكونون على علم واطلاع بما قد يتعرضون له من تعذيب وأساليب وحشية، إنما يقاومون أكثر من الأشخاص الذين ليس لديهم أي توقع مسبق لعمليات التعذيب والحرب النفسية. قام (BASOGLU 1997) بدراسة على عدد من الأشخاص الذين تعرضوا للتعذيب في تركيا (معتقلون لأسباب سياسية أو غير سياسية). وقد كشفت الدراسة أن العوامل المعرفية والنفسية تلعب دوراً مهماً في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة أو في عدم ظهوره. وهذا

الأمر يتعلق بالاستعداد النفسي المسبق لعمليات التعذيب وأساليب الحرب النفسية من جهة والشعور بقيمة الذات من جهة أخرى. تبين أن هناك ١٠٪ فقط من المعتقلين السياسيين قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة بعكس المعتقلين غير السياسيين حيث أصيب معظمهم بالاضطراب المذكور، كما أن درجات أفراد الفريق الثاني كانت مرتفعة أيضاً في اختبارات الاكتئاب والقلق. وهذا يعني أن .عدم توقع التعذيب وغياب الاستعداد النفسي لمواجهته يدفعان أكثر بالمعتقلين إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة.

مراجع الفصل الخامس

- **Allodi. F (1991)** Assessment and treatment of torture victims. *J. of nervous and mental disease, 1, 4-11.*
- **Allodi. F et al (1985)** *Physical and psychiatric effects of torture in the breaking of bodies and minds.* N.Y. Freeman.
- **Amnesty International (1984)** *Torture in the eighties.* London.
- **Baker and Scheiner (1969)** *Coercive persuasion.* Random House.
- **Basoglu. M. et al (1997)** Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine, 6, 1421-1433.*
- **Beebe. G. (1975)** Follow-up studies of world war II and Korean war prisoners. *Am. J. of Epidemiol. 101, 400-422.*
- **Bloch. I (1988)** Physiotherapy and the rehabilitation of torture victims. *Clini. management in physical therapy, 8, 26-9.*

- **Broundfield (1965)** *Isolation*. N.Y. Random House.
- **Figley (1985)** Trauma and its wake. N.Y., Bruner-Mazel.
- **Foy.D. (1992)** *Treating PTSD*. N.Y. Guilford.
- **Genefkle. I. (1997)** Torture. A challenge to the medical profession. New Delhi. Associat. of physicians of India, 873-879 *Medicine update, vol. 7.*
- **Genefkle. I. (1994)** Methods and sequalae of torture.. *Rahat's medical j. 1,8-15.*
- **Genefkle. I. (1994)** Torture, the most destructive power against democracy. *Inter.j. of humanities and peace, 10.*
- **Goldfeld. A. et al (1988)** The physical and psychological sequalae of torture *JAMA, 259, 2125-29.*
- **Goldstein. G. (1987)** Survivors of imprisonment in the pacific theater during World War II. *Am. J. of psych. 144, 1210-13.*
- **Gordon. N. et al (1995)** *Torture and the case of Israel.* London, Zed Books.
- **Hunter. (1956)** *Brainwashing*. N.Y. Strauss.
- **Jacobsen. L. (1992)** *Torture survivors*, Copenhagen. IRCT.
- **Jacobsen. L. and Vesti. P. (1993)** *Les survivants de la torture*, Copenhagen. IRCT.
- **Jordan. B. et al (1991)** Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Arch. of Gen. Psych. 48, 207-215.*
- **Montgomery. E. et al (1994)** Criteria related validity of screening for exposure to torture.

Danish medical Bul. 4, 588-91.

- **Noor, H. (1996)** Torture survival, Copenhagen, *j. of torture, annual Report.*
- **Peters. E. (1985)** *Torture*, Oxford, Blackwell.
- **Rasmussen. O. (1990)** Medical aspects of torture. *Danish med. Bul. 37, 1-88.*
- **Serensen. B. (1996)** Human rights in development efforts. Copenhagen, *Torture 1.5-6.*
- **Simpson (1993)** In *Inter. Handbook of post traumatic stress syndromes* (Wilson and Raphael) N.Y. Plenum.
- **Vesti, P. and Kastrup, M. (1995)** Treatment of torture survivors in traumatic stress (Freedy and Hobfoll), N.Y., Plenum.
- **Welsh. J. and Rayner. M. (1997)** The «acceptable enemy» torture in non-political cases. Copenhagen, *torture, 1, 9-14.*

الفصل السادس

وسائل العلاج

قبل حرب فيتنام، لم تكن التقنيات العلاجية متقدمة وكافية لمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة. لقد واجه المعالجون في هذا المجال الكثير من الصعوبات. غير أن الأبحاث المتعددة والمحاولات العلاجية التي أجريت على العديد في المراكز المختصة بعلاج الناجين من حرب فيتنام قد ساعدت على اكتشاف وتطوير التقنيات والوسائل العلاجية (FOY 1922). وفي عام ١٩٩١ خصصت الولايات المتحدة مبلغ ٤٥ مليون دولار لتلك المراكز التي تستقبل حوالي ٧٠٠ ألف حالة من الناجين من حرب فيتنام بغية تأهيلهم وعلاجهم. إن علاج اضطراب ما بعد الصدمة ليس إذن بالأمر اليسير باعتبار أن الشخص يتعرض من جهة إلى صدمة مؤلمة تخرج عن نطاق المألوف، ومن جهة أخرى، فهو يعاني من عدة عوارض معقدة (التجنب والأفكار الدخيلة، الاكتئاب، الخوف والقلق، الاضطرابات الفيزيولوجية، الكوابيس، تعاطي الكحول والمخدرات). لذا ليس من المستغرب أن تكون نتائج العلاج محدودة. إن التجربة الأميركية على

الجنود المقاتلين في فيتنام تؤكد أن نسبة النجاح في العلاج الطبي والنفسي لم تكن مرتفعة (FOY 1992). إن إمكانات النجاح والتحسن تكون أكبر عندما يكون اضطراب ما بعد الصدمة في المرحلة الحادة. لذا، من المستحسن أن يراجع المريض مراكز العلاج المختصة في أقرب وقت ممكن وأن يكون العلاج قصير الأمد، لأن الهدف الأساسي هو التخفيف من سلوك التجنب والأفكار الدخيلة وتحقيق المزيد من الاسترخاء الجسدي والنفسي. وجدير بالذكر أن دور البيئة مهم جداً في مساعدة المريض حتى يستعيد اعتباره لنفسه ويتمكن من تحقيق تكيف أفضل.

إن علاج اضطراب ما بعد الصدمة يستدعي العلاج الطبي والنفسي معاً.

أولاً: العلاج الطبي:

يبدو أن مضادات الاكتئاب والمهدئات العصبية (BENZODIAZEPINES) وملح الليتيوم والكلونيدين تعطي نتائج إيجابية في علاج اضطراب ما بعد الصدمة (DER KOLK VAN 1988): غير أن العلاج الطبي لا يكفي وحده ولا بد من اقترانه بالعلاج النفسي (FRIEDMAN 1988).

إن العلاج الطبي يشكل المرحلة الأولى والأساسية في علاج اضطراب ما بعد الصدمة وذلك من أجل تخفيف العوارض المؤلمة وتسهيل عمليات العلاج النفسي. ويرى بعض الباحثين أن الكلونيدين المقرون مع البروبرانولول (KOLK et al 1984) قد كان مفيداً في تخفيف الأفكار الدخيلة واستجابات الإجفال والعدوانية والكوابيس، كما أن الليتوم قد مكّن بعض المرضى من توفير سيطرة أفضل على انفعالاتهم (KOLK 1988). من

جهة أخرى، تبين أن مضادات الاكتئاب (بالأخص IMIPRAMINE) قد نجح في تخفيف الأفكار الدخيلة والاضطرابات الفيزيولوجية (FRIEDMAN 1988). غير أن المشكلة تبدو أكثر صعوبة مع المرضى الذين يتعاطون الكحول أو المخدرات، ومن الممكن أن تؤدي المهدئات، في حالات من هذا النوع، إلى التقليل من السيطرة على النفس وإلى اندفاع السلوك العدواني.

بخصوص اضطراب النوم والكوابيس، يرى بعض الأطباء أن الدالمان (DALMANE) والترياذولام مثل الهالسيون كانت فعالة ومفيدة وهم ينصحون بعدم اللجوء إلى مركبات البربيتورات نظراً لحالة الاعتماد المتشابك مع باقي العقاقير. وقد لوحظ أن (AMITRIPTYLINE) كان فعالاً في معالجة الكوابيس (المرجع المذكور). وفيما يتعلق بالاكتئاب الذي يصاحب اضطراب ما بعد الصدمة، فإن الطبيب يصف غالباً مضادات الاكتئاب. ويحذر بعض الباحثين من استخدام مضادات الاكتئاب من النوع MAOI في حال وجود أفكار انتحارية عند المريض (YOST et al 1980). وبالنسبة لحالة التفكك والعناصر الذهانية، فمن المستحسن حسب اعتقاد الباحثين، أن يُعطى المريض جرعة خفيفة من مضادات الذهان مثل مركبات الهالدول، بينما يبقى الاهتمام مركزاً أكثر على معالجة عوارض القلق والاكتئاب والإجفال والكوابيس واضطراب النوم إلخ.

ثانياً: العلاج السلوكي - المعرفي:

هناك طرائق وتقنيات متعددة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة: العلاج السلوكي - المعرفي (حركة العينين، الانخفاض التدريجي لحساسية

المنبهات المؤلمة، التعرض للمنبهات، الاسترخاء، العلاج الجماعي والعلاج العائلي، التنويم المنغاطيسي). وسوف نكتفي بالتركيز على بعض التقنيات دون سواها.

يبقى العلاج السلوكي فعالاً في معالجة العديد من الاضطرابات النفسية بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة. وهنا نستعرض خمس تقنيات فقط:

١ ـ حركة العينين:

اكتشفت بالصدفة هذه الطريقة فرناسين شابيرو (SHAPIRO) عام ١٩٨٩ حيث وجدت بأن بعض الصور الدخيلة التي كانت تعاني منها الباحثة قد اختلفت تماماً عندما تابعت بعينيها حركة إصبعها الذي كاد يميل يميناً ويساراً. بعد ذلك قامت بدراسة هذا الاكتشاف حيث أجرت العديد من الأبحاث على الأشخاص والمرضى الذين كانوا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.

تقضي هذه الطريقة (SHAPIRO, 1989-1995) بأن يطلب المعالج من المريض أن يركز بعينيه على حركة السبابة عند المعالج، هذه الحركات التي تتجه يميناً ويساراً وتجري مقابل الوجه وعلى مسافة ٣٠ ـ ٣٥ سم.

إن الأساس العلمي لهذه الطريقة لا يزال غير واضح وغير نهائي، وتعتقد شابيرو أن الأمر يرتبط بمبدأ الصد والإثارة داخل الدماغ، فالاسترخاء الحاصل في عضلات العينين يعقبه انخفاض في مستوى القلق والأفكار الدخيلة، ويبدو حسب اعتقادها، بأن الصدمة تؤدي إلى حدوث خلل في مسارات الصد والإثارة أي إلى تغيير مرضي في عمل النيرونات. ويمكن معالجة هذا الخلل عن طريق حركة العينين. وقد أظهرت هذه الطريقة

فعاليتها وتفوقها في علاج اضطراب ما بعد الصدمة (شابيرو ١٩٩٥).

إن طريقة حركة العينين تعطي نتائج إيجابية وخلال عدد محدد من الجلسات (١ ـ ٥ جلسات) بخلاف الطرق العلاجية الأخرى، كما أن الشعور بالتعب يصل إلى ١٠٪ في طريقة حركة العينين مقابل ٢٥ ـ ٤٥٪ للطرق الأولى (SHAPIRO 1996).

٢ ـ الإغراق والتعرض:

إن الإغراق مفيد في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة وخاصة في الشكل المزمن منه (COOPER et al 1989, KEANE et al 1989, BOUDERWYNS et al 1990).

في الإغراق يعيش المريض الصدمة من جديد ولكن في مكان آمن (غرفة المعالج)، الأمر الذي يساعده على احتمال الضغوط. ويطبق الإغراق عادة عن طريق التخيل ومن الأفضل عدم تطبيق هذه الطريقة على الأشخاص الذين يعانون من آفات قلبية أو الذين لا يتجاوبون مع هذه الطريقة. ولكي نقوم بتطبيق الإغراق، لا بد من اتباع بعض الخطوات الضرورية (FOY 1992):

١ ـ إعلام المريض بأنه سوف يتعرض لمشاهد مؤلمة تعود به إلى الصدمة السابقة ولكن ذلك سيكون مفيداً له.

٢ ـ تأمين الظروف الفيزيقية اللازمة: غرفة هادئة وآمنة ولا يمكن لأحد أن يدخل إليها ساعة يشاء منعاً للتشويش وقطع الجلسات، ويجب أن يكون المعالج مزوداً بساعة وبجهاز لقياس نبضات القلب وأن يكون المريض جالساً على كرسي مريح. بالإضافة إلى ذلك، على المعالج أن يقوم بتسجيل نسبة القلق (خلال الجلسة) مستخدماً في ذلك اختبار وولبي (SUD).

٣ ـ نطلب من المريض أن يسرد لنا ما حدث له (العودة إلى الصدمة). ومن خلال الأسئلة المطروحة عليه تتضح صورة الصدمة ويتمكن المريض من تحديد المشاهد المؤلمة ليصار إلى تصنيفها حسب درجة إثارتها للقلق (من القوي إلى الخفيف ومع الترقيم من صفر إلى عشرة).

٤ ـ نبحث مع المريض المشاهد المؤلمة حتى نتفق معه على المشهد الذي يجب أن نبدأ به. من المرضى من يرغبون في البدء بالمشهد الأقوى بينما يفضل الآخرون البدء بالمشهد الخفيف.

٥ ـ إن خمس عشرة إلى عشرين دقيقة تكون كافية إجمالاً لاستعادة صور الصدمة وبناء القصة بشكل واضح. ولا بد هنا من طرح بعض الأسئلة: كيف كان الموقف قبل حدوث الصدمة؟ كيف حدثت الصدمة؟ ما هي النتائج الفورية للصدمة وكيف كانت ردات الفعل؟ إلخ.

٦ ـ ثماني جلسات قد تكون كافية. ولكن على المعالج أن يبحث مع المريض نتائج الجلسات الأولى وأن يطرح عليه بعض الأسئلة (هل تشعر براحة الآن؟ هل تستطيع السيطرة على الوضع؟ هل تتابع نفس المشهد أم أنك تنتقل إلى مشهد آخر؟ إلخ.).

إن الإغراق يمر إذن ببعض المراحل (FOY 1992):

ـ في المرحلة الأولى، على المريض أن يسترجع صورة الصدمة بشكل حي عن طريق التخيل مع جميع التفاصيل المطلوبة (ماذا ترى الآن، ماذا تشم إلخ).

ـ في المرحلة الثانية، على المعالج أن يطرح بعض الأسئلة حتى يتمكن المريض من استرجاع الحدث بشكل كامل وواضح.

ـ يجب أيضاً تسجيل نبضات القلب ودرجة القلق (قبل الجلسة وأثناءها وبعدها). يستغرق إجراء الجلسة حوالي ٢٠ دقيقة عدا التحضير

المطلوب لها. إن تسجيل نبضات القلب ونسبة القلق يسمحان للمعالج بمراقبة الحالة النفسية عند المريض وكيفية تطور العلاج.

ولتحقيق النجاح في طريقة الإغراق، يجب التحقق من أن الشخص قد تمكن من استرجاع الصدمة بصورة واضحة وأن الانفعال قد بدأ بالفعل. أثناء عملية الاسترجاع، يقوم المعالج بترقيم المشاهد المؤلمة (صفر يعني غير واضح إلى رقم عشرة أي واضح جداً). ويمكن هنا أن نستعمل طريقة رمزية بحيث نقول للمريض: الآن أنت أمام التلفزيون وفي يدك جهاز التحكم بالصورة والصوت، عليك أن تصف لنا درجة الوضوح في الصورة والصوت. هناك قسم من المرضى لا يتجاوبون مع هذه الطريقة وهم يفضلون أن يسردوا بعض التفاصيل السطحية المتعلقة بالصدمة.

من جهة أخرى، توصل بعض المعالجيّن السلوكيين إلى نتائج إيجابية في تطبيق الإغراق في حالات اضطراب ما بعد الصدمة. ويحدد (KEANE 1985) ثلاث مراحل في تطبيق الطريقة المذكورة:

- التدريب على الاسترخاء.
- التخيل السار.
- التخيل المؤلم للحدث - الصدمة.

إن التدريب على الاسترخاء أمر ضروري ومفيد وخاصة عندما يتناول مختلف العضلات، وبعد أن يتوصل المريض إلى تحقيق الاسترخاء، فإنه يشعر بالحرارة والراحة داخل جسمه، وعندئذ يكون قادراً على تخيل مشهد جميل (المرحلة الثانية). أما في المرحلة الثالثة، فإننا نركز على الحدث نفسه. وهنا يجب أن نقوم بوضع لائحة بالمشاهد والمنبهات المؤلمة التي يجب معالجتها تدريجياً (من الأخف إلى الأقوى). ومن المفيد أن نستعمل سلم ترقيمي لقياس القلق عند المريض (SUD) بحيث

نطلب منه أن يحدد درجة القلق (من صفر إلى عشرة). فالرقم صفر يعني عدم الشعور بالقلق والرقم ١٠ يعني القلق الشديد. كلما تكرر تخيل الحدث وظهرت المعاناة، كلما تلاشت صورته. وفي نهاية كل جلسة، يجب العودة إلى الاسترخاء.

إذا كان الإغراق قد أدى إلى نتائج حسنة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، فإن بعض المعالجين لم يحققوا النتائج المنشودة. وهذا يعني أن هذه الطريقة ليست دائماً مضمونة النتائج وبالأخص إذا كان المريض يعاني أيضاً من الاكتئاب (PITTMAN et al 1991). لذا، من المستحسن أن يقوم المعالج النفسي بإجراء تقويم نفسي للحالة قبل تطبيق الإغراق.

٣ ـ الاستعادة المعرفية:

يمكن استخدام هذه الطريقة مع الناجين من التعذيب والحروب. ويبدو أن الحالة النفسية لهؤلاء الناجين تقف عائقاً أمام التفكير المنطقي ولا تمكنهم من إدراك العوامل الخارجية (حقيقة التهديد والخطر) والعوامل الداخلية (مثل مهارات التعامل).

يمكن تطبيق الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين (FOY 1992):

ـ الشرط الأول يقضي بتصحيح معنى السببية وتوزيع المسؤولية. فالمريض يعتقد بأنه هو المسؤول الوحيد عن كل ما حدث من آلام لسواه (أقرباء، أصدقاء). وهنا يجب توزيع المسؤولية على الأشخاص المتسببين بما حدث. ويمكن استخدام طريقة الاستعادة المعرفية جنباً إلى جنب مع الإغراق وبالتحديد بعد الانتهاء من الجلسة.

ـ الشرط الثاني يقضي باستخدام الاستعادة المعرفية في جلسات العلاج

الفردي وبشكل مستقل بحيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظرته إلى نفسه وإلى العالم والمستقبل. على المعالج إذن أن يكشف عن الأفكار والمعتقدات الضمنية عند المريض ليسهل فيما بعد استبدالها بأخرى أكثر منطقاً وواقعية. وهنا يقوم المعالج بتشكيل فريق عمل يضم المريض والمعالج معاً، والهدف هو مناقشة الأفكار والفرضيات الخاطئة (الضمنية) ووضعها على المحك من أجل إعادة تشكيلها وصياغتها. ولا بد هنا من استخدام الأسلوب المعرفي لبلوغ هذه الغاية.

٤ ـ تخفيض الحساسية:

هذه طريقة فعالة لمعالجة القلق الناجم عن أسباب مختلفة. تقضي هذه الطريقة بتعريض المريض للمنبه المؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما هي الحال في الإغراق. مثلاً إذا كان هناك طفل يخاف من النزول إلى البحر، فمن الممكن أن يمسكه والده بيده وينزل به إلى البحر. وعندما يشعر الطفل أن هذا النوع من اللعب يعجبه، فإن الأب يحاول في المرات التالية أن يدع الموجة تلامس قدمي الطفل ثم ينزل به أكثر حتى يلامس الماء النصف الأسفل من جسده. وهكذا، حتى يزول الخوف ويشعر الطفل بالأمان.

يمكن تطبيق هذه الطريقة على الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.

(SCHILDER 1980, WOLPE 1990, MACAFFREY and FAIRBANK 1980).

يذكر (KIPPER 1979) كيف أنه استعمل الطريقة المذكورة (S.D.)

في معالجة جندي لا يستطيع أن يرى جريحاً ملفوفاً بضمادة. حاول المعالج أن يخفف من حساسية المنبه المؤلم بحيث جاء بضمادات إلى مكتبه وطلب من الجندي أن يضمد جسم المعالج. وفي المرحلة الثانية، طلب منه أن يطبق ذلك على نفسه. أما في المرحلة الثالثة، فقد طلب إليه أن يذهب إلى المستشفى ويمشي في ممراتها ويشاهد الجرحى محاولاً الاسترخاء.

٥ ـ طريقة التعامل مع الضغوط:

وضع (MEICHENBAUM 1985) طريقة عملية للتعامل مع الضغوط وترمي هذه الطريقة إلى تعلم وتنمية مهارات التعامل مع الضغوط الإجهادية والقلق (STRESS). وتتركز فكرة الباحث على أن الشخص الذي يتدرب على مواجهة الضغوط ذات الدرجة المتوسطة سوف يصبح قادراً أكثر للتعامل مع الضغوط الصعبة، من هنا تبدو أهمية هذه الطريقة في معالجة الضغوط النفسية بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة والغضب والألم والقلق.

ويحدد MEICHENBAUM ثلاث مراحل للتدريب على التعامل مع الضغوط:

ـ المرحلة التثقيفية أو التعليمية والتي ترمي إلى تزويد الشخص بالمعلومات الكافية عن مفهوم وطبيعة الضغوط (STRESS)، وهذا ما يمكنه من فهم مشاكله ومعاناته بشكل أفضل. والشيء الذي يجب أن يفهمه المريض هو أن للقلق وجهين:

الوجه الفيزيولوجي (العوارض الجسدية) والوجه المعرفي (الأفكار السلبية التي تزيد من درجة القلق).

لذا، على الشخص أن يعرف كيف يتعامل مع هذه المشكلات من خلال التدريب على الأفكار الإيجابية من جهة وعلى التقنيات السلوكية من جهة أخرى للسيطرة على العوارض الفيزيولوجية.

- وتضم المرحلة الثانية تدريب الشخص على استخدام بعض التقنيات المعرفة والسلوكية للسيطرة على الضغوط والتعامل معها مثل الاسترخاء ولعب الأدوار والكلام الإيجابي والتخيل الإيجابي والتفكير المنطقي وطريقة حل المسائل إلخ.

- أما المرحلة الثالثة فهي تقضي بتعريض الشخص إلى مجموعة من المواقف الضاغطة (أكان ذلك عن طريق التخيل أو الواقع) لإجراء التدريب اللازم وتطبيق التقنيات والمهارات التي تم تعلمها في المراحل السابقة.

يعتقد MEICHENBAUM بأن طريقته شبيهة بمبدأ التلقيح والمناعة ضد الأمراض المعدية أي أن تعامل الشخص مع قدر مخفف من الضغوط سوف يحصنه في المستقبل ضد الضغوط الكبرى.

ثالثاً: التنويم المغناطيسي (HYPNOSIS):

استعمل بعض المعالجين طريقة التنويم المغناطيسي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة ووجدوا أن المصابين بهذا الاضطراب هم أكثر قبولاً للإيحاء والتنويم من باقي الأسوياء والمرضى الآخرين.

(STUTMAN et al 1985, SPIEGEL et al 1987, PATIMATI 1987)

ويعتقد هؤلاء الباحثون بأن التنويم المغناطيسي قد يكون مفيداً في حالات اضطراب ما بعد الصدمة من حيث أنه يساعد المريض على التعبير عن المشاعر المكبوتة واسترجاع عناصر الصدمة. وفي هذا المجال،

يساعد التنويم المغناطيسي على تفريغ الشحنات الانفعالية عند المريض وعلى استعادة الحدث وفهمه بشكل يتحقق فيه التكامل بين عناصره (BRENDE 1985).

في التنويم المغناطيسي، يلجأ المعالج النفسي إلى استخدام الاسترخاء والتخيل بحيث يتخيل المريض نفسه في أمكنة آمنة وبأنه قوي ويستطيع أن يواجه وينتصر ويثق بالآخرين.

إن التنويم المغناطيسي ليس علاجاً كاملاً بحد ذاته بل بإمكان المعالج الخبير أن يستخدمه إلى جانب التقنيات السلوكية والمعرفية المناسبة لكل حالة. وهناك قسم كبير من المعالجين لا يحسنون استخدام التنويم المغناطيسي والذي لا يمكن تطبيقه على جميع المرضى والأشخاص لأن ذلك يتوقف على شخصية المريض ومدى قابليته للإيحاء.

إن فعالية التنويم المغناطيسي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة غير ثابتة وغير واضحة. ولا توجد حتى الآن تقارير علمية وافية عن نتائج التنويم المغناطيسي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة (BRENDE 1985, LANKTON 1988).

رابعاً: العلاج الجماعي:

إذا كان العلاج النفسي الفردي هو الأكثر استعمالاً في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة، فهذا لا يعني أن تقنيات العلاج الجماعي لا تفيد. يعتقد قسم من الباحثين والمعالجين بأن العلاج الجماعي مفيد في حالات اضطراب ما بعد الصدمة. ويعتقد كل من WALKER و NASH (1981) بأن العلاج الجماعي مع الجنود المقاتلين في فيتنام قد أعطى نتائج

إيجابية وبالأخص في الحالات التي يفشل فيها العلاج الفردي. إذ عندما يرى المريض أشخاصاً آخرين يعانون من المشكلة نفسها، فإن المقاومة تنخفض لديه ويصبح أكثر انفتاحاً وتعاوناً. ولكي نتأكد من فعالية العلاج، فإنه من المفيد أن نطرح على الشخص المصدوم الأسئلة التالية (FIGLEY 1985):

(١) ماذا حدث، أو ماذا جرى لك؟

(٢) لماذا حدث ذلك؟

(٣) لماذا تصرفت بهذا الشكل أثناء الصدمة؟

(٤) لماذا تتصرف الآن بهذا الشكل مع العلم أن الصدمة قد مرت؟

(٥) كيف تتصرف إذا تعرضت لحدث مماثل أو مشابه في المستقبل؟

إذا تمكن الشخص من وصف الصدمة بشكل عادي دون بكاء وانفعال شديد، فهذا مؤشر إيجابي لفعالية العلاج وإمكانية التحسن. ولكي يتكامل العلاج، يجب أن يتابع الشخص جلسات العلاج الفردي والجماعي والعائلي. هناك مدارس ومناهج مختلفة في العلاج الجماعي ولا بد من الإشارة إليها بإيجاز:

أ ـ الاتجاه السلوكي ـ المعرفي:

يرى (MARAFIOTE 1980) بأن تطبيق المنهج السلوكي ـ المعرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة وخاصة على الجنود المقاتلين في فيتنام، يمكن أن يعطي نتائج إيجابية. وهناك مبادىء لا بد من الالتزام بها حتى نصل إلى تحقيق الأهداف المنشودة:

ـ حجم الجماعة أو الفريق من ٦ ـ ١٠ أشخاص.

ـ عدد الجلسات الإجمالي من ٨ ـ ١٢ جلسة.

- مدة الجلسة من ساعة ونصف الساعة إلى ساعتين ونصف الساعة.
- التشديد على الحضور والمشاركة من جانب الأعضاء.
- التعزيز والتشجيع وتحقيق الانسجام داخل أفراد المجموعة.
- التشجيع على الانفتاح والتعبير عن الذات.
- تعزيز السلوك الإيجابي والتدعيم اللفظي.
- يحدد MARAFIOTE ثلاث مراحل للعلاج الجماعي.
- في المرحلة الأولى، يشرح المعالج الأهداف والتوقعات ويحاول أن يحصل على عقد اتفاق موقع من جانب الأعضاء بحيث يلتزم كل منهم بالحضور والمشاركة والتصميم على التقدم.
- في المرحلة الثانية وبعد أن ينتظم أفراد المجموعة ويلتزمون بالاجتماعات، يحاول المعالج أن يقوم بتقويم الصعوبات التي تواجه أعضاء الفريق بما في ذلك التصرفات وطريقة التفكير وطبيعة العلاقة ومدى انعكاس ذلك على سير العمل والجلسات. هنا يمكن استخدام بعض الأسئلة والاختبارات لتقويم السلوك واحتمالات النجاح والفشل. في هذه المرحلة، يتم أيضاً تحديد الأهداف والأطر والمعايير بغية تحقيق التقدم في عمل الفريق.
- تضم المرحلة الأخيرة مجمل التقنيات التي يمكن استخدامها من خلال المنهج السلوكي - المعرفي بما في ذلك التدريب على الاسترخاء (نطلب من الأعضاء في بداية الجلسة إجراء تمارين في الاسترخاء العضلي والتنفس العميق) وطريقة التفكير ووقف التفكير السلبي.

ب - النموذج السلوكي:

يقوم هنا المعالج وبعض المرضى المتقدمين بعرض نماذج سلوكية

صالحة يمكن الاقتداء بها (MODELING) بالإضافة إلى مسألة لعب الأدوار وبالأخص في إطار حل الصراعات العلائقية وفهم الذات والآخرين بشكل أفضل:

- التدريب على توكيد الذات (القدرة على التعبير والحوار والدفاع عن النفس عن طريق الكلام)، المطالعة وتحسين مستوى المهارات المعرفية...
- إعادة النظر في الأفكار والمواقف السلبية.
- تصور السلوك الإيجابي المتوقع.
- العمل المطلوب أو الفروض الأسبوعية التي تساعد المريض على التحكم بتصرفاته وانفعالاته.
- تأمين مبلغ من المال (حوالي ٤٠ دولاراً) يدفعه المريض إلى المعالج وبإمكانه أن يسترد هذا المبلغ في حال التزامه بأنشطة الفريق وبالفروض المطلوبة منه.

ج - المنهج التحليلي:

بالرغم من أن معظم المعالجين لا يؤيدون طريقة التحليل النفسي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، فإن البعض يعتقد بأن المنهج التحليلي قد يكون مفيداً في تفريغ الشحنات الانفعالية والمخاوف من خلال عمليات النقلة (TRANSFERENCE) والنقلة المضادة.

طبق كل من FRICK و BOGART (١٩٨٢) طريقة التحليل النفسي على مجموعة من المقاتلين السابقين في فيتنام وقد توصلا إلى بعض النتائج الحسنة. وحسب رأيهما، يجب أن يتراوح عدد المشتركين ما بين ٦ ـ ٨ أشخاص وأن تكون الجلسات ثابتة وطويلة الأمد وأن يكون هناك انسجام بين أفراد الفريق من حيث طبيعة العلاقة والمشكلة. ويحدد

الباحثان أربع مراحل علاجية:

- في المرحلة الأولى، يتجه الاهتمام إلى تحقيق الانسجام بين أفراد الفريق (من ١ ـ ١٠ جلسات) بحيث ينصب اللوم والغضب والانفعال على أشخاص آخرين غير أفراد الفريق وغير المعالج (ربما ضد المسؤولين العسكريين مثلاً).

- في المرحلة الثانية، يستمر تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة بما فيها الغضب باتجاه شخص المعالج بالذات.

- في المرحلة الثالثة، يستمر أيضاً تفريغ الانفعال والغضب ضد الآخرين بمن فيهم المعالج والقادة العسكريون...

- في المرحلة الرابعة، على المريض أن يواجه الواقع ويواجه أيضاً أعضاء الفريق ويقوم بإعلاء مستوى النقلة إلى نماذج سلوكية إيجابية يجدها في المعالج الذي تحمل الإحباط والضغوط من خلال الجلسات السابقة دون أن ينهار أو ينفعل بسرعة.

خامساً: العلاج العائلي:

في السنوات الأخيرة، زاد الاهتمام بدور العائلة فيما يتعلق بمساعدة الناجين من التعذيب والحروب. لقد كشفت الأبحاث أن هؤلاء الناجين هم بحاجة إلى دعم وتشجيع من جانب الأهل والبيئة. ويذهب بعض الباحثين (FIGLEY 1985, 1987) إلى أن العلاج العائلي مفيد جداً وقادر على تخفيف معاناة المريض.

وتدل التجارب على أن اليهود الناجين من المجازر النازية (HOLOCAUST) قد تحسنت حالتهم النفسية بفضل العلاج العائلي

وبفضل الدعم اللازم الذي توفر لهم (DANIELI 1985).

إن المصاب باضطراب ما بعد الصدمة يعاني غالباً من إشكالات علائقية مع أفراد العائلة الذين يجدون أنفسهم في مأزق بحيث لا يعرفون كيف يتصرفون. وقد تبين أن سلوك الجنود الناجين من حرب فيتنام يتصف بالعدوانية والحذر والتوتر والانسحاب الاجتماعي، الأمر الذي يؤدي إلى خلق عدوى نفسية داخل العائلة (FIGLEY 1985). وهكذا تصبح حياة الأسرة في العائلة صعبة للغاية ومشحونة بالتوتر والخوف والحذر. وهذا يستدعي، بطبيعة الحال، اعتماد العلاج العائلي كطريقة مساندة لباقي التقنيات العلاجية لأنه لا يمكن أن نفصل المريض عن وسطه المعاش. بل من المفيد جداً أن يشترك أفراد العائلة في عملية العلاج والتأهيل. ليس المطلوب الابتعاد والهروب بل الدعم ومواجهة المشكلة القائمة. إن الشخص المصدوم هو بحاجة إلى من يصغي إليه ويشاطره همومه ومخاوفه ويقدم له الدعم حتى يستعيد ثقته بنفسه وبالآخرين. ويحدد (FIGLEY 1988) أربعة أهداف رئيسية للعلاج العائلي:

١ ـ بناء الثقة والعلاقة الطيبة بين المعالج والمريض مع السعي إلى توضيح أهداف العلاج وتحديد دور كل من المعالج وأفراد العائلة. إن دور المعالج يقضي بمساعدة المريض على استعادة ثقته بنفسه وتحسين ظروفه، كما أن دور الأهل يقضي بتعلم واستخدام المهارات المطلوبة من حيث التعامل مع المريض والصدمات.

٢ ـ تدريب أفراد العائلة على ممارسة المهارات والتقنيات المطلوبة لتسهيل عملية الاتصال والعلاقة مع المريض. إذ لا يمكن الاستمرار في اعتماد نفس الأسلوب السابق من حيث التعامل والعلاقة مع الشخص المصدم. إذ غالباً ما يكون هذا الأسلوب غير فعال وغير هادف. لذا لا بد

من تعلم بعض المهارات الجديدة من أجل التعامل مع الظروف الصادمة والمشكلة المطروحة.

٣ ـ تسهيل عمليات الإفصاح عن الذات والتعبير عن الصدمة من جانب كل فرد من أفراد العائلة مع عدم الهروب من واقع الصدمة أو تجنب الكلام عنها. يطرح هنا أفراد العائلة الأفكار والآراء المختلفة حول الصدمة ومدى انعكاسها عليهم. وهذا ما يساعد على تقريب وجهات النظر فيما بينهم ويخفف من وطأة الصدمة لأن الألم يصبح مشتركاً. وهكذا من خلال الإفصاح والمشاركة والحوار تتبلور صورة الصدمة وتقترب من الواقعية وبالتالي تتضح الحلول الممكنة لمواجهة الصدمة والظروف الصعبة.

٤ ـ إن العائلة هي السند والدرع الواقي بحيث يبذل كل فرد ما في وسعه للمساعدة والمشاركة الوجدانية والتعاون، أي كيف يجب أن يتفاعل أفراد العائلة مع بعضهم البعض وكيف يجدون الحلول للمشكلة المطروحة مع نظرة تفاؤلية للأمور.

إن العلاج العائلي لا يمكن أن يشكل وحده محور العلاج النفسي لحالات اضطراب ما بعد الصدمة ولكنه يعتبر وسيلة علاجية مفيدة يجب استخدامها إلى جانب الوسائل العلاجية الأخرى. إن دور العائلة مهم وأساسي في مساعدة المصابين باضطراب ما بعد الصدمة. غير أن هذا الدور يتوقف على نظرة أفراد العائلة إلى المشكلة أو الصدمة الحاصلة. وهنا يتوجب على المعالج أن يشرح لأفراد الأسرة مفهوم الصدمة ومعناها وكيف أنها تعني كل فرد وتؤثر سلباً على حياة العائلة.

من المؤسف أن نقول بأن العديد من الأهل يشجعون مسألة التبلد وتجنب الخوض في موضوع الصدمة حتى لا يثيروا مشاعر الضحية. وهذا

الموقف لا يخلو من السلبيات لأنه ينعكس على الضحيه ويحول دون الإفصاح والمشاركة الوجدانية مع الآخرين. لا يجوز للأهل أن يناقشوا موضوع الصدمة على هواهم لأن ذلك قد يؤدي إلى تفاقم الانفعالات عند المريض. لذا، يبدو من الحكمة أن يعتمدوا على استراتيجية علمية وبالاتفاق مع المعالج النفسي. ويرى (FIGLEY 1988) بأنه لا يجوز أن نركز على الصدمة التي عاشها المريض بل يجب أن يسرد كل فرد من أفراد العائلة ما تعرض له من صدمات وكيف نجح في التعامل معها. إن المشكلة الحالية تعني جميع أفراد العائلة وعليهم أن يجدوا لها الحلول المناسبة من خلال مناقشاتهم المشتركة للمشكلة مع طرح الأفكار ووجهات النظر المختلفة حول ما حدث وما يجب عمله. وهنا تظهر القدرة الشفائية للعائلة كما يقول FIGLEY، لأن العائلة تمنح الفرد المصاب الدعم اللازم والأمل والحماية وتساعده على اكتساب مهارات الحوار والتعبير وتقبل الذات والقدرة على التواصل.

وهذا كله لا يمكن تحقيقه إلا بالتعاون مع المعالج النفسي الذي يرسم الاستراتيجيات المطلوبة لإنجاح دور العائلة بما في ذلك القدرة على الإفصاح والتعبير وتوكيد الذات والقدرة على حل المسائل إلخ.

مراجع الفصل السادس

- **Aldwin. C (1994)** *Stress, coping and development.* N.Y. Guilford.
- **Barlow. D (1988)** *Anxiety and Its Disorders,* N.Y. Guilford
- **Bell. J (1995)** Traumatic event debriefing, *J. social work, 40, 36-43.*
- **Blatt. S. And Ford. R (1994)** *Therapeutic change,* N.Y. Plenum.
- **Cooper. N. And Clum. G. (1989)** Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans. *Beh. Therapy, 20, 381-391.*
- **Danieli. Y. (1985)** *The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: a lesson from holocaust survivors and their children, in Figley,* N.Y. Bruner-Mazel.
- **Figley. C. et al. (1985)** *Trauma and its wake.* N.Y. Bruner-Mazel.
- **Figley. C (1988)** Post-traumatic Family Therapy, in Ochberg: Post-traumatic ther-

apy and victims of violence. N.Y. Bruncr-Mazel. *J. Consult and clin. Psycho 59, 715-723.*

- **Foa. E. et al (1991)** Treatment of PTSD in rape victims. *J. Consult and clin-psycho. 59, 715-723.*
- **Foy. D. et al (1990)** Behavior therapy in PTSD, *in handbook of comparative adult treatment.* N.Y. Maxwell.
- **Foy. D. (1992)** *Treating PTSD.* N.Y. Guilford.
- **Friedman. M (1988)** Toward rational pharmacotherapy for PTSD. *Am J of Psych. 145, 281-285.*
- **Keane. T. (1985)** A Behavioral approach for assessing and Treating PTSD in Vietnam veterans in Figley *(Trauma and its wake),* N.Y. Bruner-Mazel.
- **Keane. T et al (1985)** Social support in victims veterans with PTSD. *J. Consult and clin. Psycho 53, 95-102.*
- **Kilpatric. D. (1988)** Rape aftermath symptoms test, in (Hersen and Bellak), *dictionary of behavioral assessment techniques,* Oxford, Pergamon.
- **Kipper. P (1977)** Behavior therapy for fear brought on by war experiences. *J. consult. and clin. psycho. 45, 216-221.*
- **Kolb. L. and Mutilipassi. L. (1982)** The conditioned emotional response: a sub-class of the chronic and delayed PTSD. *Psycho. Annals. 12, 979-987.*
- **Kulka. R. et al (1991)** Assessment of PTSD in the community. *J. Consult. And clin. Psycho. 3, 547-560.*

- **Marafiote. R. (1980)** Behavorial group treatment of Vietnam Veterans, in Williams: *PTSD of the Vietnam Veterans*, Cincinnati, OH. Disabled Am. Veterans.

- **Meichenbaum. D. (1983)** *Stress inoculating training*. N.Y., Plenum.

- **Munley. P. et al (1994)** Impact of PTSD Treatment. *j. traumatic stress 7, 319-325.*

- **Pittman. R. et al. (1991)** Psychiatric complications during Flooding Therapy for PTSD. *J. Clini. Psycho. 52, 17-20.*

- **Tedeschi. R. and Galhoun. G. (1995)** *Trauma and transformation:* Growing With aftermath of suffering. CA, Sage.

- **Van der Kolk. B. et al (1996)** Dissociation, somatization and effect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am. J. psych. 153, 83-93.*

- **Wilson. J. (1989)** *Trauma, transformation and healing*. N.Y. Bruner-Mazel.

- **Wolpe. J. (1990)** *The practice of behavior therapy*. N.Y. Pergamon.

الفصل السابع

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال

١ ـ أنواع الصدمة وصفاتها:

«يجب أن ننظم تفكيرنا حول صدمة الطفولة وإلا غامرنا في أن لا نفهم مطلقاً ظروفها. يجب أن لا ندع أنفسنا ننسى صدمة الطفولة لأن حجم المشكلة هو فعلاً كبير» (TERR, 1991). إن الأبحاث الجارية على الراشدين والمراهقين في مستشفيات الأمراض العقلية تشير إلى أن هؤلاء، تتابع TERR، قد تعرضوا لصدمات منذ طفولتهم. هناك إذن عدد من الأطفال يتعرضون منذ طفولتهم لأحداث مؤلمة (عنف سياسي وتهجير، اغتصاب، تهديد وطرد، كوارث طبيعية، خطف، إلخ) تترك آثاراً سلبية على نموهم النفسي.

يشكل اضطراب ما بعد الصدمة عاملاً مهماً في حدوث اضطرابات نفسية معقدة عند الأطفال قد تستمر حتى سن الرشد (TERR, 1991).

وتحدد تير نوعين من الصدمة عند الأطفال: النموذج الأول الذي ينجم عن حدث صادم واحد. غير أن الذكريات المؤلمة المرتبطة به تستمر

لسنوات طويلة. في هذه الحالة، يتذكر الطفل تفاصيل الحدث وهو يصفه بشكل يفوق فيه الراشد. وفي فيلم لترجمة ذاتية (وداعاً أيها الأطفال)، يذكر تال أنه بعد أكثر من أربعين عاماً لم ينس أبداً الحدث المؤلم الذي جرى أمامه. وقد كان في الخامسة من عمره حيث شاهد أمامه كيف قتل زوج أمه أخاه الصغير. أما في النموذج الثاني، فإن الطفل يتعرض لأحداث صادمة تدوم وتتكرر. فالحدث الأول يؤدي إلى صدمة فجائية بينما الأحداث التالية تدفع بالشخص إلى استبصار المخاطر التي تهدده محاولاً إبعادها عن وعيه لتعطيل مفعولها. وهكذا، يحاول الطفل أن يتجاهل الحدث وكأنه لا يعنيه. لذا، فهو ينكر الواقع ويعتمد التبلد الانفعالي كوسيلة دفاعية ضد أخطار العالم الخارجي.

وتخلص تير إلى القول بأن اضطراب ما بعد الصدمة يتخذ له أربع صفات رئيسية:

- الذكريات والصور البصرية المرتبطة بالحدث (الأفكار والصور الدخيلة).
- تكرار الأفعال والتصرفات كما هي الحال في اللعب. فالطفل يلعب الصدمة ويكرر هذا اللعب.
- المخاوف الخاصة والكوابيس المتعلقة بالصدمة. وهناك مخاوف شائعة قد تظهر عند الطفل المصدوم مثل الخوف من الظلمة والوحدة والغرباء.
- الاتجاهات السلبية إزاء الناس والحياة والمستقبل. إذ يعتقد الطفل بأن المستقبل عبارة عن منظر مليء بالأشباح المرعبة والصخور والفجوات.

٢ ـ دراسة الصدمة عند الأطفال موضوع حديث:

إن تصنيف «اضطراب ما بعد الصدمة» عند الأطفال لم يبدأ، بشكل واضح، قبل عام ١٩٨٦ حيث أكدت جمعية الطب النفسي الأميركية

(DSM-III-1987) على وجود اضطراب من هذا النوع عند الأطفال. إذ لم يشر العلماء قبل هذا التاريخ إلى العبارة المذكورة أعلاه.

وإذا كان اضطراب ما بعد الصدمة قد أصبح معروفاً ومدروساً بشكل واف عند الراشدين وبالأخص عند الجنود الأميركيين الذين قاتلوا في فيتنام، فإن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع عند الأطفال لا تزال محدودة بصورة عامة. حاول بعض الباحثين (GARMEZY and RUTTER 1985, GARMEZY 1986) أن يستعرضوا مختلف الدراسات التي تناولت موضوع الصدمة عند الأطفال وقد خلصوا إلى القول بأن الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال تعتبر إجمالاً ذات درجة متوسطة (تضم هذه الاضطرابات مثلاً الخوف والقلق، التبول اللاإرادي، اضطراب النوم، الانزعاج من الأصوات المرتفعة، الاضطرابات السلوكية، والتعلق بالأهل إلخ.) وأن هذه الاضطرابات تزول تدريجياً. ويعتقد الباحثان المذكوران أن الاضطراب عند الأطفال الناجم عن الصدمة لا يدوم طويلاً باعتبار أن التبلد والومضات الدخيلة واضطراب الذاكرة غير بارزة عند الأطفال. لذا، ليس هناك ضرورة، حسب رأيهما، لتحديد تشخيص خاص بالأطفال يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة.

غير أن الدراسات التالية قد دحضت هذه الافتراضات وأظهرت بأن الطفل يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة مشابهة جداً للراشدين. قام (MCFARLANE 1987) بدراسة على عدد من الأطفال الناجين من الحريق الهائل الذي شب في أوستراليا والذي التهم مساحات كبيرة من الأراضي والمنازل والغابات. وقد وجد الباحث أن هناك ٣٥٪ من الأطفال قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة، وقد استمر الاضطراب عند البعض منهم لمدة ٢٦ شهراً بعد وقوع الحريق.

في مارس من عام ١٩٨٧ غرقت السفينة هيرالد التي كان على متنها

٦٠٠ شخص. مئة وثلاث وتسعون راكباً قد لاقوا حتفهم. وقد كشفت الدراسات فيما بعد بأن الناجين من الراشدين والأطفال قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة وأن عدداً من الراشدين قد لجأ إلى تعاطي السجاير والكحول والمهدئات العصبية للتعامل مع نتائج الصدمة بما في ذلك الخوف والقلق واضطراب النوم إلخ (YULE, WILLIAMS et al 1993).

أما بالنسبة للأطفال، فقد تبين أنهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بما في ذلك الأفكار الدخيلة والتجنب واضطراب النوم وعدم القدرة على التركيز والمذاكرة بالإضافة إلى العدوانية واللعب الدراماتيكي والتمرد والتزام الصمت حول الحادثة. وبعد انقضاء عام واحد، أعيد التقييم وتبين أن معظم الأطفال يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (YULE and WILLIAMS 1990).

في عام ١٩٨٧ قام PYNOOS وزملاؤه بدراسة ردات فعل الأطفال الذين تعرضوا لهجوم قناص في ساحة المدرسة، وقد وجدوا أن هناك ٤٠٪ من الأطفال قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة. كان الاضطراب شديداً عند التلامذة الذين عاينوا الهجوم والخطر بعكس أولئك الذين كانوا بعيدين عن الحادثة، فالاقتراب من الخطر والتعرض المباشر له يدفعان إلى استمرار الاضطراب.

ومن جهته درس (LONIGAN 1991) وزملاؤه تأثير الإعصار الذي اجتاح جنوب منطقة كارولينا عام ١٩٨٩ وقد وجدوا أن العديد من الأطفال قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة وبالأخص أولئك الذين تضررت منازلهم وأصبحوا دون مأوى.

وبعد انقضاء ستة أشهر من حدوث الزلزال الذي ضرب مدينة سان فرانسيسكو عام ١٩٨٩، أجريت دراسة على عدد من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٠ و١٢ سنة، وقد تبين أن هناك

٢٧٪ منهم قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة بدرجة خفيفة ومتوسطة (BRADBURN 1991).

في عام ١٩٨٦ وجد كنزي (KINZIE 1986) أن هناك ٥٠٪ من الأطفال اللاجئين من كمبوديا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. وبعد ترحيلهم إلى الولايات المتحدة، استمر هذا الاضطراب لمدة أربع سنوات. ومن جهة أخرى، تبين أن الأطفال الذين يشاهدون أمامهم قتل أحد أفراد العائلة يصابون باضطراب ما بعد الصدمة (MALQUIST 1986).

الصفات الخاصة بالأطفال:

حاولت (TERR 1985, 1990) أن تدرس الفروقات بين الأطفال والراشدين فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة، وقد توصلت إلى النتائج التالية:

- إن الأطفال لا يعانون من فقدان الذاكرة والنسيان بسبب الصدمة (AMNESIA).
- إن الأطفال لا يعانون من التبلد العاطفي الذي نلاحظه عند الراشدين (نلاحظ الصمت بدل ذلك).
- إن الأطفال لا يعانون من الومضات الدخيلة أي أنهم لا يتوقفون فجأة في مسيرة تفكيرهم وسلوكهم ليعيشوا لحظات مؤلمة ومفاجئة تردهم إلى الصدمة.
- إن أداء الأطفال الدراسي يتأثر بالصدمة (التأخر الدراسي ورفض الذهاب إلى المدرسة) بينما يضطرب أداء الراشدين في مجال العمل والإنتاج.
- إن الأطفال يعيشون الصدمة من خلال اللعب المتكرر، وهذه صفة خاصة بالأطفال.

ـ إن رجاء الطفل بالمستقبل يصبح محدوداً وقصير المدى. بالإضافة إلى ما ورد أعلاه، على الأهل أن يراقبوا الطفل من خلال العوارض التي تظهر في سلوكه. ويمكن هنا تسجيل الملاحظات التالية، علّها تساعد الأهل على اكتشاف اضطراب ما بعد الصدمة عند طفلهم في الوقت المناسب:

ـ اضطراب النوم الذي يستمر لعدة أيام وأشهر.

ـ القلق والخوف وتعلق الطفل بأحد أبويه.

ـ رفض الذهاب إلى المدرسة.

ـ الخوف من بعض الأشياء والأمكنة والمنبهات التي تذكره بالحدث (مشاهد على التلفزيون مثلاً).

ـ اللعب الدراماتيكي المتكرر.

ـ عدم القدرة على التركيز والاستيعاب بالمقارنة مع سلوكه قبل حدوث الصدمة.

ـ اضطراب السلوك في المنزل والمدرسة (انفعال، بكاء، خوف، غضب، عدوانية، انطواء).

ـ الرغبة في الانسحاب والشكوى الجسدية.

٣ ـ الأحداث الصادمة وعوامل المخاطرة:

يمر بعض الأطفال بخبرات مؤلمة مختلفة. وهذه الخبرات قد تؤدي بهم إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. نذكر من هذه الخبرات ما يلي: (BUTLER 1996, MAKSOUD 1996, PYNOOS 1990, DYREGROV 1987).

ـ أن يشاهد الطفل أمامه أعمال العنف والقتل والدم (أحد الأبوين أو أحد أفراد العائلة يتعرض للاعتداء والقتل مثلاً).

- أن يسمع الطفل بأن أحداً من الأشخاص الأعزاء يتعرض للتعذيب والخطف والاعتداء...
- الانفصال عن الأبوين بسبب أعمال الحرب والعنف أو لأسباب أخرى.
- التهجير وتدمير المنزل والانفجارات.
- الإصابة الجسدية والإعاقة (للطفل).
- الحرمان الشديد من الحاجات الأساسية بسبب الحرب مثلاً.
- معسكرات الاعتقال.
- تهديد الطفل بالقتل أو خطفه واعتقاله وضربه.
- الاعتداء الجنسي على الطفل قبل الخامسة عشرة من العمر.
- التعرض لهجوم قناص.
- التعرض لمواد خطيرة أو لمرض خبيث وما يترتب على ذلك من تدخلات جراحية وعلاجية معقدة.
- التعرض للغرق والحروق.
- حادثة اعتداء أو اغتصاب لأحد أفراد الأسرة وأمام الطفل.

إن الأطفال معرضون لاضطراب ما بعد الصدمة أكثر من الراشدين (MCFARLANE 1987, YULE 1991) وقد وجد الباحثون (APPLEBAUM and BURNS 1991) أن هناك ٤٥٪ من الأطفال قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة بعد أن تعرضوا لحادثة وفاة أو قتل لأحد أفراد الأسرة.

يبدو أن عوامل المخاطرة تدفع أكثر ببعض الأطفال إلى الإصابة بالاضطراب المذكور لوجود عوامل معيقة ومنها:

- النقص في الدعم الاجتماعي (غياب الأبوين أو انفصال الطفل عنهما لسبب ما).

ـ الصدمات والأخطار الناجمة عن الآخرين (تهديد، قتل، أعمال عنف واعتداء).

ـ انفعال الأهل وعدم تمكنهم من التعامل مع الصدمة بشكل واع (عدم السيطرة على الذات). ويبدو أن قدرة الطفل على التعامل مع الأحداث تتوقف على النضج الانفعالي عند الأهل وقدرتهم على التكيف مع الظروف الصعبة.

ـ فقدان الاتصال والحوار بين الطفل والأهل والتزام موقف الصمت والحذر. لقد تبين أن التحدث عن الصدمة وتعبير الطفل عن مخاوفه ومشاعره يساعدان هذا الأخير على فهم الصدمة والتعامل معها (الاستعادة المعرفية لمعنى الصدمة).

ـ الوضع النفسي السيىء عند الطفل قبل الحادثة وذلك بسبب ظروفه العائلية والنفسية غير الملائمة (حرمان، شعور بالنبذ، وجود حالة اكتئابية، استعداد وراثي إلخ).

ـ قوة الصدمة وطبيعتها. وجد PYNOOS وزملاؤه (١٩٩٠) أن التلامذة الذين تعرضوا أكثر لخطر القناص في المدرسة يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بصورة أشد بالمقارنة مع رفاقهم الذين كانوا أقل تعرضاً.

٤ ـ الأبحاث قبل عام ١٩٨٥:

إذا كان اضطراب ما بعد الصدمة قد تمت دراسته بشكل واف عند الراشدين وبالأخص عند الجنود الأميركيين الذين قاتلوا في حرب فيتنام، فإن الأمر يختلف عند الأطفال، كما ذكرنا، حيث لم تبدأ دراسة هذا الموضوع بشكل منهجي إلا في السنوات العشر الماضية. قبل عام ١٩٨٥ جرت بعض الدراسات حول الأطفال الذين تعرضوا لصدمات مختلفة. في

عام ١٩٧٢ حدثت كارثة فيضان في بلدة BUFFALO CREEK الأميركية حيث قتل عدد من الأشخاص وتشرد الباقي. وقد درس (NEWMAN 1976) ردات فعل الأطفال (الخوف، اضطراب النوم، الكوابيس، الغضب، اللعب الدراماتيكي إلخ)، ووجد بأن بعض العوارض المذكورة استمرت لمدة سنتين على الأقل. إن العوارض التي وصفها NEWMAN تشبه اليوم بما يعرف بعبارة «اضطراب ما بعد الصدمة» (PTSD). ومن جهتها درست (GREEN) ١٧٩ طفلاً من البلدة المذكورة تتراوح أعمارهم ما بين ٥ ـ ١٥ سنة، وقد وجدت بعد انقضاء سنتين، أن هناك ٣٧٪ من الأطفال يعانون بما يعرف اليوم باضطراب ما بعد الصدمة (GREEN et al 1995).

قامت تير (١٩٧٩، ١٩٨٨) بدراسة ردات فعل الأطفال الذين تعرضوا للاختطاف والحجز عندما كانوا عائدين بالباص إلى المنزل. بقي الأطفال محتجزين لمدة ٢٧ ساعة وقد وجدت الباحثة أن الاضطرابات النفسية قد استمرت لمدة أربع سنوات بما في ذلك الخوف من الباص والظلمة والعاصفة، والكوابيس واضطراب السلوك واللعب المتكرر.

وفي عام ١٩٨٣، قامت باناماكي بدراسة على الأطفال الفلسطينيين والإسرائيليين ووجدت أن الأطفال الفلسطينيين يعانون من الخوف والقلق بدرجة أقل من الأطفال الآخرين باعتبار أنهم يكافحون من أجل هويتهم الوطنية. مقابل ذلك، وجدت الباحثة أيضاً أن درجة الإحباط والعدوانية كانت مرتفعة أكثر عند الفلسطينيين نتيجة لظروفهم الاقتصادية والسياسية.

في بلفاست، وجد (FRAZER 1974) أن الأطفال يشاركون في أعمال العنف وأن عدداً منهم يعاني من اضطرابات نفسية مختلفة (الكوابيس، الخوف، القلق، اضطراب النوم، التبول اللاإرادي إلخ).

وفيما يتعلق بأطفال الحرب العالمية الثانية، فإن نتائج الأبحاث تبدو

متناقضة باعتبار أنها لم تعتمد على منهجية علمية مشتركة. وجدت آنّا فرويد ومساعدوها (١٩٤٢) أن انفصال الأطفال عن أهلهم بسبب القصف النازي لمدينة لندن قد أدى إلى اضطرابات نفسية بعكس الأطفال الذين مكثوا مع أهلهم أثناء القصف. من جهة أخرى، وجد دندسون (١٩٤٢) أن القصف الجوي كان أشد وطأة على الأطفال من الانفصال.

إذن قبل عام ١٩٨٥، لم تكن عبارة «اضطراب ما بعد الصدمة» (PTSD) شائعة في قاموس الطب النفسي. بعد هذا التاريخ، أظهرت الأبحاث أن الطفل يعاني كالراشد من اضطراب ما بعد الصدمة. ويذهب بعض الباحثين (PYNOOS 1987, YULE 1991) إلى أن الأبحاث السابقة لم تظهر حجم وخطورة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال لسببين: الأول يعود إلى اعتماد الباحثين على اختبار (RUTTER) حيث يقوم بإملائه كل من الأهل والمدرسين. ويعود السبب الثاني إلى غياب الموضوعية في المعلومات باعتبار أن الأهل والمدرسين يقللون من أهمية الاضطرابات النفسية عند الأطفال وهم لا يعتقدون بأن هؤلاء يعانون نفسياً كما يعاني الراشدون.

٥ ـ العنف السياسي:

لا بد لنا في هذا الفصل من طرح موضوع العنف السياسي وتأثيره على الأطفال. في السنوات الخمسين الأخيرة، كان هناك أثر من مئة حالة من النزاع المسلح في العالم وهناك حوالي سبعون دولة تمارس عمليات الإرهاب والقمع والتعذيب. ويبدو أن العديد من الأطفال يتأثرون بالعنف السياسي (الاشتراك في النزاع المسلح، تهجير، تيتم إلخ).

يتخذ العنف السياسي عدة أشكال:

ـ القمع الذي تمارسه عدة أنظمة سياسية في العالم، ويرمي هذا القمع

إلى تحطيم أصوات المعارضة والاحتجاج.

ـ النزاعات الطائفية والعرقية والاتنية التي تمزق بعض البلدان وتؤدي إلى الكثير من المآسي (لبنان، أفغانستان، إيرلندا، منطقة البلقان إلخ).

ـ الحروب الإقليمية والتقليدية بين الدول المتناحرة (إسرائيل والدول العربية المجاورة، إيران والعراق).

ـ أعمال العنف والإرهاب المنظم (مافيا المخدرات، أعمال السطو والقتل، الحركات والمنظمات السياسية والدينية المتطرفة).

تأثير العنف السياسي على الأطفال:

إن العنف السياسي يؤدي إلى نتائج مأسوية عند الأطفال والسكان المدنيين. أكثر من ٥٠٪ من الجرحى والقتلى هم من المدنيين باستثناء حرب الخليج (عاصفة الصحراء عام ١٩٩١) حيث وقعت خسائر كبيرة في صفوف الجيش العراقي. نشير هنا إلى أنه يوجد في العالم حوالي ١٥ مليون من المهجرين بسبب العنف السياسي وأن قسماً منهم يعاني من اضطرابات نفسية مختلفة (منظمة العفو الدولية ١٩٨٤). إن العنف السياسي (الحروب مثلاً) يؤدي إلى انقلاب في الظروف النفسية والاقتصادية وينعكس سلباً على الأطفال (نقص في الرعاية والتغذية، الحرمان المادي والعاطفي، التهجير، الخوف، الانحراف والجنوح)، وهنا لا بد لنا من الإشارة إلى بعض الدراسات والأبحاث.

ـ في لبنان (غ و ل يعقوب ١٩٩٢) وجدنا ما يلي:

ـ ٨٠٪ من الأطفال المدروسين (٧ ـ ١١ سنة) يعتقدون بأن العالم الخارجي عدائي ومهدد.

ـ ٦٦٪ من الأطفال أعطوا قصتي حرب على الأقل في اختبار إسقاطي ليس له علاقة بالحرب (١٠ لوحات من اختبار .T.A.T).

- ٣٠٪ من الأطفال يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة.
- ٤٠٪ من الأطفال المهجرين* يعانون من الكوابيس المرتبطة بالحرب أو بموضوعات أخرى.
- ٢٥٪ من الأطفال يعانون من سوء التكيف والعدوانية وعدم التركيز.

نشير هنا إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة قد انخفض إلى ١٠٪ بعد مرور أربع سنوات منذ بداية الصدمة.

في الكويت أظهرت الأبحاث (الحمادي وآخرون ١٩٩٤) أن هناك ١٦٪ من الأطفال يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بسبب الغزو العراقي لدولة الكويت وتصل النسبة أيضاً إلى ٢٠ - ٢٥٪ عند الأطفال الذين تعرض آباؤهم للأسر. في أفغانستان، وجد الباحثون أن هناك ٢٥٪ من الأطفال يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (UNICEF. 1987). وفي بغداد والبصرة، تبين أن بعض الأطفال يعانون من الاضطراب نفسه (DYREGROV 1992).

في يوغسلافيا السابقة (البوسنة والهرسك وصربيا)، يعاني الأطفال من اضطراب ما بعد الصدمة وهناك ٣٧٪ منهم قد شاهدوا أمامهم أعمال العنف والقتل والموت. وهناك ٥٩٪ من الأطفال قد أصبحوا يتامى بسبب الحرب (MED. PSYCHO. 1994).

وأخيراً جرت دراسة على عدد من الشبان المراهقين اللاجئين من كمبوديا (SAVIN 1996) وقد تناولت الدراسة مجموعتين من الأشخاص. يعيش أفراد المجموعة الأولى في مخيم على حدود تايلاند - كمبوديا وأفراد المجموعة الثانية في الولايات المتحدة (تم تطبيق عدد من الاختبارات على أفراد العينة مثل تأثير الحدث وقائمة بك BECK للاكتئاب). وقد تبين أن العنف السياسي قد أدى إلى تشكيل اضطراب ما بعد الصدمة عند أفراد المجموعتين بسبب انقلاب ظروف الحياة والتهجير

والفقر وعدم الشعور بالأمان. وهذا يعني أن الاكتئاب يرتبط بالضغوط الآنية بينما يرتبط اضطراب ما بعد الصدمة بالأحداث السابقة (أعمال العنف والاعتداء والقتل).

يبدو واضحاً أن العنف السياسي يترك آثاراً سلبية على الأطفال ويعرقل لديهم عملية التنشئة الاجتماعية والانسنة. إن الأطفال الذين يشتركون في أعمال العنف والقتال يصبحون فيما بعد عدوانيين، متمردين ومضادين للمجتمع. فالأطفال الفلسطينيون مثلاً الذين اشتركوا في أعمال الانتفاضة ضد الاحتلال الإسرائيلي قد قاوموا الخوف والقلق ولكنهم أصبحوا عدوانيين لا يطيعون أهلهم ولا يحترمون أوامرهم (ARAFAT 1990). من جهة أخرى، تبين أن الأطفال الذين يشاهدون أعمال العنف والقتل يصابون باضطراب ما بعد الصدمة، وهذا الاضطراب قد يستمر طويلاً.

الخلاصة:

تبين أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٥ سنة يتأثرون بالصدمة أكثر من سواهم من الأطفال ويظهر عليهم الاضطراب واضحاً (PYNOOS et al 1987)، كما أن الأطفال الصغار الذين شاهدوا اغتصاب أمهاتهم أمامهم وهم دون الخامسة من العمر قد ظهر عليهم الاضطراب بشكل غامض وكانوا يعبرون عنه عن طريق اللعب بينما يميل الأطفال الكبار إلى التعبير عن الصدمة عن طريق الكلام (PYNOOS et al 1987).

فيما يتعلق بأنواع الصدمة، فقد تبين بأن النوع الأول يترافق بالأفكار الدخيلة بصورة خاصة بينما يترافق النوع الثاني بالنكران والتبلد. إن التكيف مع النوع الثاني قد يصطدم ببعض الصعوبات وتنجم عنه اضطرابات في

الشخصية. والواقع نحن بحاجة إلى المزيد من الأبحاث في هذا المجال لتوضيح هذه الأمور باعتبار أن الخطوط الفاصلة بين النوعين المذكورين ليست واضحة تماماً حتى الآن (MCNALLY 1991).

إن تقييم اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال يشكل مسألة علمية مهمة وهي تحتاج إلى المزيد من الجهود والأبحاث لأن معظم الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب ما بعد الصدمة كانت مركزة بصورة خاصة على الجنود الأميركيين الذين قاتلوا في فيتنام.

لا يمكننا أن نهمل موضوع تعرض الأطفال للصدمات وأعمال العنف وإلا غامرنا في أن لا نفهم مسارات النمو لديهم وما يطرأ على هذا النمو من .اضطرابات خطيرة قد تستمر لسنوات طويلة. من بين ١٩ ألف حالة قتل (في الولايات المتحدة مثلاً) هناك ١٠ ـ ٢٠٪ من الأطفال يعانون مشاهد من هذا النوع (مقتل أحد أفراد الأسرة أمام الطفل) كما أن هناك العديد من الأطفال يتعرضون لأعمال التهجير والحروب والتيتم والاعتداء والاغتصاب. وهذه أمور مهمة لا بد من دراستها والعمل على معالجتها.

مراجع الفصل السابع

- **AL-Hammadi. A. (1994)** *The traumatic events resulting from the Iraqi invasion and occupation of Kuwait.* Al-Riggea center, Kuwait.
- **Allodi: F (1989)** The Children of victims of political persecution and torture. *Inter. J. mental Health. 18, 8-20.*
- **Arafat. C. (1990)** Childhood: impressions of the Intifada, in *Psychological barriers to peace, Jerusalem, Imut publicat, pp. 1-9.*
- **Ayalon. O. (1982)** *Children as hostage practitioner, 226, 1773-1781.*
- **Baker. A (1990)** The impact of Intifada, in the mental health of Palestinian children. 67th annual meeting of the *Am. Orthopsych. Associat.*
- **Bradburn. I. (1991)** After earth shock. *Advances in Beh-research and therapy. 19, 173-179.*
- **Butler. R (1996)** Assessment of PTSD pediatric cancer patients and survivors. *J. Pediat. Psycho. 211, 499-504.*

- **Dyregrov. A. and Raundalen. M. (1987)** *Children and war.* Oslo Univ press.
- **Dyregrov. A. et al. (1994)** Children in war. *Britsh. J. of med. Psycho. 47, 363-375.*
- **Eth. S. and Pynoos. R. (1985)** *PTSD in children.* Washing., Am. Psych. Associat.
- **Frazer. M. (1974)** Children in conflict. Penguin Books.
- **Garmezy. N. (1986)** Children under stress. *J. Am. Acad. of child and adolescent psych. 25, 384-392.*
- **Green. B. et al (1991)** Children and disaster, *J. Am. Acad. of Child and Adolescent psycho. 30, 945-951.*
- **Horowitz. M. et al. (1979)** Impact of event scale, *in psychosomatic Med. 41, 209-215.*
- **Kinzie. I. (1986)** The psychiatric effect of Massive Trauma on Cambodian children. *J. of Am. Acad of Child and adol. Psych. 25, 370-376.*
- **Lonigan. C. et al (1991)** Children's reactions to a natural disaster. *Advances in Beh. research and therapy. 13, 135-154.*
- **Maksoud. M. (1992)** Assessing war trauma. A case study of Lebanese children. *J. of Refugee studies, 5, 1-15.*
- **Malquist. C. (1986)** Children who witness parental murder: post-traumatic aspects, *J. Am. Acad. of child and Adol. Psych. 25, 320-325.*
- **McFarlane. A. (1987)** Post-traumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J. Am. Acad. of child and adol. Psycho. 26, 764-769.*
- **McFarlane, A. (1989)** A longitudinal study of the psy-

chol. morbidity in children due to a natural disaster. *Psycho. Med. 17, 727-738.*

- **Mcnally. R. (1991)** Assessment of PTSD in children, *J. of consulting and clinic. Psycho. 4, 531-537.*
- **Newman. C. (1976)** Children of Disaster (Buffalo Creek). *Am. Acad. of Child and Adlo psych. 133, 306-312.*
- **Punamaki. R. (1983)** Psychological reactions of Palestinian and Israeli children to war and violence, *in Children and war.* Helsinki, Peace Union of Finland.
- **Pynoos. R. Eth. S. et al.(1987)** Life threat and post-traumatic stress in school age children *Arch. Gen. Psych. 44, 1057-1063.*
- **Pynoos. R. Eth. S. (1086)** Witness to violence. *J. Am. Acad. of child and adol. Psych. 25, 306-319.*
- **Richman. N. (1993)** Children in situation of political violence. *J. child psych. 8, 1286-1302.*
- **Saïgh. P. (1986)** In vivo flooding in the treatment of a 6 year old boy's PTSD. *Beh. research, and therapy. 24, 685-688.*
- **Saïgh. P. (1989)** The Validity of the DSM-III. PTSD classification as applied to children. *J. abnor. psycho. 98, 189-192.*
- **Savin. D. et al (1996)** A study of Trauma From Thailand's site II Refugee camp. *J. Am. Acad. of child and Adol. Psych. 35, 384-389.*
- **Terr. L. (1981)** Psychic trauma in children

(Chowchilla school bus kidnapping-. *Am. J. of psych. 138, 14-19.*

- **Terr. L. (1988)** What happens to early memories of trauma? *J. Am. Acad. of child and Adol. Psych. 27, 96-104.*
- **Terr. L. (1991)** Childhood Traumas. *Am. Psych. 148, 10-20.*
- **Udwin. O. (1993)** Children reaction to traumatic events. *J. child psych. 2, 115-127. (Great Britain).*
- **Yule. W. and Williams R. (1990)** Post-traumatic reactions in children. *J. of tramatic stress. 2, 279-294.*
- **Yule. W. Williams et al (1993)** Increased substance use in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *J. med. Psycho. 66, 185-191.*

الفصل الثامن

علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال

إن علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال يحتاج إلى المزيد من الاهتمام والبحث. فالتقنيات المتفق عليها لعلاج آثار الصدمة والكوارث ومشاهد القتل والعنف قليلة بصورة عامة (PYNOOS et al 1986).

وحسب الأبحاث الجارية لا بد لنا من الإشارة إلى أهم التقنيات العلاجية المستخدمة مع الأطفال:

- المقابلة العلاجية والرسم الحر.
- العلاج السلوكي.
- العلاج الجماعي.
- العلاج باللعب.

أولاً: المقابلة العلاجية:

قام كل من (PYNOOS و ETH 1986) بوضع تقنية جديدة لعلاج آثار

الصدمة ومشاهد العنف والقتل التي يتعرض لها عدد من الأطفال. وهذه الطريقة عبارة عن مقابلة علاجية تستغرق ٩٠ دقيقة ويمكن تطبيقها على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣ ـ ١٦ سنة. تعتمد هذه الطريقة على مبدأ الإسقاط من خلال الرسم الحر بحيث يتم التغلب على مواقف الرفض والحذر والتجنب عند الطفل بعكس طريقة الاستجواب المباشر الذي يثير لديه المخاوف والانفعالات. ومن المهم والمفيد جداً أن يحصل المعالج، قبل البدء بالتدخل، على معلومات وافية حول الصدمة يجمعها من أولياء الأمور. وهذا ما يساعده على توجيه المقابلة وكيفية طرح الأسئلة وعزل بعض العناصر أو التركيز على البعض الآخر منها. وتتناول المقابلة العلاجية ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: الانفتاح:

وتضم ثلاث نقاط:

ـ الهدف من الحوار:

بعد أن نلقي التحية على الطفل ونرحب به، نشرح له كيف أننا قابلنا عدداً آخر من الأطفال الذين يعانون من مشاكل مشابهة لمشاكله. وهكذا نستطيع أن نحضر الطفل لهذه المقابلة ونفهمه بأنه ليس الوحيد الذي يعاني. لذا، نقول له: نحن نريد أن نساعدك وننظر معاً إلى المشكلة القائمة...

ويبدو حسب الباحثين أن وجود الأهل غير ضروري في هذه المقابلة. إذ من المفضل أن يكون الطفل بمفرده في رفقة المعالج وفي مكان هادىء.

ـ الرسم الحر وسرد القصة:

إن الصدمة تؤدي إلى حدوث التجنب والأفكار الدخيلة. وهذا ما يظهر

عند الطفل من خلال الرسم وسرد القصة. ويقضي عمل المعالج هنا بتحديد معالم الصدمة، هذه المعالم التي قد تظهر في الرسم بوضوح أو بشكل رمزي. وعندما يبدأ الطفل بسرد القصة، فإن الانفعالات قد تظهر عليه بالرغم من محاولته لإخفاء آثار الصدمة. وهنا يركز المعالج على طبيعة الرسم والقصة ليحدد معالم الصدمة وأثرها على الطفل (القلق، الخوف، كيفية التعامل مع الصدمة). هناك عدة طرق للتعامل مع الصدمة وبالأخص في الأسابيع الأولى: النكران عن طريق الخيال الذي يمكن الطفل من تخفيف معاناته وتبديل صورة الواقع (نتائج الصدمة). فإذا كانت الصدمة تتناول أحد السارقين الذي دخل المنزل ثم انهال بالضرب على الأب، فإن الطفل هنا يقلب النتائج ويجعل من الأب بطلاً يستطيع أن يعاقب السارق ويطرده خارج البيت. وهناك أطفال يتذكرون الصدمة باستمرار ويسردون ما حدث بشكل مباشر. غير أن الطفل يبقى خائفاً من حدوث خطر مماثل في المستقبل وفي نفس المكان الذي وقع فيه الحدث. وهناك أخيراً التبلد بحيث يقوم الطفل بصد الأفكار والصور التي تذكره بالحدث.

المرحلة الثانية: الصدمة:

وتضم هذه المرحلة عدة نقاط:

- ربط الرسم والقصة بالصدمة ولكن بشكل ملطف. مثلاً نقول للطفل: أنا أراهن على ذلك وأعرف بأنك كنت تتمنى لو تمكن أبوك من ضرب المعتدي وطرده خارجاً... حاول أبوك أن يقاوم ويبقى هنا حتى يدافع عنك ويحميك. يعقب هذه العبارات انفجار الطفل بالبكاء.

وهنا يتدخل المعالج حتى يشعر الطفل بالأمان والدعم والرعاية. إن تفريغ الشحنات الانفعالية عند الطفل لا يكفي لتحقيق الهدف العلاجي المنشود، إذ على الطفل أن يتوصل إلى مستوى يمكنه من التعامل مع

انفعالاته دون أن ينهار. وهنا نطلب من الطفل أن يعطينا وصفاً شفوياً لما حدث وشاهد. قد يقوم الطفل بتمثيل ما حدث وقد يرسم ذلك ولكن على المعالج أن يركز على التعبير الشفوي ووصف الحدث. وفي هذه الحالة يمكن أن نضع أمام الطفل بعض اللعب والدمى والسلاح المخصص للأطفال. وإذا بدأ الطفل بتكرار الحدث من خلال اللعب فعلى المعالج أن يشارك في ذلك ويلعب بعض الأدوار: دور الضحية أو المهاجم أو الشرطي إلخ.

من المفيد أيضاً أن يطلب المعالج من الطفل أن يرسم المشهد الأكثر عنفاً وألماً. ولا شك أن هذا العمل سوف يرفع من درجة القلق عند الطفل ولكن بشكل مؤقت. فالطفل قد يرسم البندقية ولكن باتجاه بعيد عن أبيه. وهكذا يتلاشى الخوف ويصبح الطفل أكثر قدرة على التعامل مع الحدث والواقع. من الممكن أن نقول له: أنت تتمنى أن تتجه طلقات البندقية بعيداً عن أبيك كما جاء في الرسم إلخ.

ـ التجربة الحسية:

بحيث نطلب من الطفل أن يتذكر الصوت، الضجة، رؤية الدم مثلاً فيما يتعلق بالضحية ثم نسأله: أين تشعر بالألم وفي أي منطقة من جسمك؟... إن هذا الموقف قد يترافق بانفعال شديد (غضب، خوف، يأس...). هنا يتدخل المعالج ويقدم التشجيع والمساعدة اللازمة بما في ذلك الاسترخاء. إذ لا يمكن للطفل أن يتهرب من هذا الموقف لأنه لا بد من مواجهة الواقع واعتراف الطفل بحقيقة الحدث. فإذا فقد الطفل أباه يمكننا أن نأتي بصورة فوتوغرافية له وننظر إليها مع الطفل حتى يستطيع أن يعيش مرحلة الحداد والواقع ثم نطلب منه أن ينظر إلى صور أخرى للأب لا تتعلق بالحدث وغالباً ما تقود إلى ذكريات جميلة. ويمكن للطفل هنا

أن يجسد ذلك من خلال الرسم واللعب.

بعد هذا الحل يمكن للطفل أن يتحدث عن وفاة أبيه بصورة مباشرة وبشكل أكثر واقعية.

- كيف يمكن التعامل مع الصدمة؟

نتناول هنا عدة نقاط:

- على من تقع المسؤولية؟
- المخطط الداخلي للعمل.
- العقاب والثأر.
- التوجه نحو المستقبل.

١ ـ فيما يتعلق بالمسؤولية:

يحاول المعالج أن يحث الطفل على النظر في ما حدث وتحديد من هو المسؤول وما هو الدافع (كيف حدث ذلك، من دفع فلان لارتكاب هذا العمل؟...) هنا يشرح الطفل لنا ماذا حدث ومن هو المسؤول. ومن خلال الحوار معه تتضح لديه المفاهيم ويصبح أكثر واقعية في نظرته إلى الحدث.

٢ ـ المخطط الداخلي للعمل:

ويعني الاستعادة المعرفية للحدث وما يترتب على ذلك من تصورات أو تخيلات يلجأ إليها الشخص لإيجاد البدائل أو الحلول الممكنة للصدمة (LIFTON 1979). فالخيال أو التخيل شيء مهم في حياة الطفل والمراهق. غير أن الأطفال قبل المرحلة الابتدائية لا يتوصلون إلى هذه القدرة المعرفية وهم يحاولون التخلص من الصدمة عن طريق الهرب أو النوم. لذا فهم ينتظرون المساعدة من البيئة والآخرين. هنا يظهر دور

المعالج في تدعيم معنويات الطفل وحمايته. أما في مرحلة المدرسة الابتدائية فإن الطفل يصبح قادراً على التخيل، فهو يتصور أنه قد استدعى الشرطة للمساعدة أو أنه قد أغلق الباب في وجه المعتدي أو أنه قد أمسك بسلاح المهاجم ورمى به بعيداً عن الضحية. أما المراهق، فلا يكتفي بالمساهمة عن طريق الخيال والتصور الداخلي بل عن طريق التدخل الواقعي في مسار الصدمة.

من المفيد أن يهتم المعالج بهذه التصورات المعرفية لمخططات العمل لأنها تخفف بشكل جيد شعور الطفل بالذنب ولوم النفس والاكتئاب باعتبار أنه لم يفعل شيئاً على صعيد الواقع لإنقاذ الضحية.

٣ ـ العقاب والثأر:

إن ظهور الرغبة في الثأر باتجاه المعتدي يمكّن الطفل من التعامل مع الشعور بالذنب ولوم النفس. وهنا يجب أن تساعد الطفل على التعبير عن هذه المشاعر بحيث نقول له: ماذا تتمنّى أن يحدث للمعتدي؟ ارسم لنا إذن ما تتمنّى أن يحدث له؟ أعتقد أنك قادر الآن أن تفعل شيئاً ضده إلخ. وهنا لا بد أن نطمئن الطفل بأن المعتدي قد أصبح الآن في أيدي الشرطة ولن يخرج أبداً من السجن. وهذا ما يخفف جداً من اعتقاد الطفل بأن المعتدي سوف يعود ويهدد من جديد.

٤ ـ التوجيه نحو المستقبل:

من المفيد جداً أن نسأل الطفل عن تصوراته المتعلقة بالمستقبل وماذا ينوي أن يعمل وكيف يعيش... فقد يقول الطفل بأنه سوف يشتري كلباً قوياً لحراسة البيت أو أنه لن يتزوج إلخ. وهنا لا بد للمعالج من التدخل

والحوار مع الطفل للسيطرة على الصدمة ونتائجها. فقد يتم الاتفاق على تبديل السكن والمدرسة والحي إلخ.

المرحلة الثالثة: ختام الجلسة:

وتضم النقاط التالية:

ـ استعادة ما تم بحثه حتى الآن وتلخيص ذلك ثم العودة إلى الرسم والقصة.

ـ الاعتراف بالمخاوف الواقعية بحيث نقول للطفل: من الطبيعي أن تشعر بالخوف والضيق والحزن لأن الأطفال الآخرين الذين قابلناهم يعانون من نفس الشيء تماماً. قد تخاف إذا رأيت سكيناً مع أحد وقد تتضايق من الصراخ والضجة وقد تحتلم بكوابيس، ولكن تذكر جيداً أن هذه الأمور سوف تخف تدريجياً وتتلاشى مع الوقت.

ـ لا بد للمعالج من تشجيع الطفل ومدحه على شجاعته قائلاً له: أنت ولد ذكي وشجاع جداً... إن هذه الكلمات تدخل إلى نفس الطفل الاعتزاز بالنفس وتنمي لديه الشعور بقيمة الذات والكبرياء.

ـ رأي الطفل بالمقابلة: هنا نطلب منه أن يبدي رأيه في هذه المقابلة ويحدد الأشياء التي أزعجته والأشياء التي أشعرته بالراحة (ما هو أسوأ شيء وما هو أفضل شيء قمنا به في جلسة اليوم؟).

ـ الوداع واستمرار الاتصال: في نهاية الجلسة نشكر الطفل ونبدي له اهتمامنا به وتقديرنا له ثم نعطيه بطاقتنا الشخصية مع رقم التلفون قائلين له:

يمكنك الاتصال بي ساعة تشاء وعندما تحتاج إلى أي مساعدة...

إن الطريقة العلاجية المذكورة قد أثبتت فائدتها في علاج العديد من الأطفال الذين شاهدوا أعمال العنف والاعتداء والقتل والاغتصاب. ويبدو

أن الرسم الحر يمكّن الطفل من التعبير عن مشاعره ومخاوفه المكبوتة بشكل مريح وناجح ويساعده بالتالي على التعبير الشفوي عن الصدمة بعد أن يكون الصمت قد حال دون ذلك.

إن مواجهة الصدمة والأخذ بالثأر من خلال الرسم بصورة خاصة يساعد الطفل على السيطرة على الواقع من خلال تحويل النتائج لصالحه.

وهكذا ينتقل الطفل من موقف الصامت والمستسلم إلى الشخص الناشط والقوي الذي يتحرك ويلعب ويرسم ويثأر ويعبر عن نفسه حتى يصبح قادراً على التعامل مع الواقع.

ثانياً: العلاج السلوكي:

هناك بعض التطبيقات المفيدة للعلاج السلوكي في مجال اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال. قام صايغ (SAIGH 1986) بتطبيق العلاج السلوكي على طفل لبناني في السادسة والنصف من عمره قد أصيب بشظية، وقد استخدم طريقة الإغراق (FLOODING). وبعد عشر جلسات علاجية بدأ يظهر التحسن في سلوك الطفل. ويذكر صايغ أن طريقة خفض الحساسية (S.D) لم تحقق أي نتائج إيجابية عندما قام بتطبيقها على عدد من الأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة.

ومن جهته، وضع (AYALON 1983) برنامجاً سلوكياً متكاملاً لعلاج الأطفال الإسرائيليين المصابين باضطراب ما بعد الصدمة وقد اعتمد على المبادىء التالية:

- التعبير عن الشحنات الانفعالية والمشاعر المكبوتة (تعبير شفوي وغير شفوي عن طريق اللعب والرسم).
- لعب الأدوار وسرد القصص المتعلقة بالصدمة.

- تصريف العدوانية من خلال استخدام اللعب والدمى (مثلاً تصويب الرشاش على المعتدي وقتله).
- التعرض التدريجي الحي للمنبهات المؤلمة: مثلاً زيارة المكان الذي وقع فيه الاعتداء (برفقة الأهل).
- الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث.
- العمل على الحدث نفسه من أجل السيطرة على الواقع (مثلاً كتابة مذكرات وقصائد عن الحدث).
- وضع الحلول والبدائل للتعامل مع الأحداث في المستقبل.

ثالثاً: العلاج الجماعي:

اعتمد وليامس (WILLIAMS 1990) على طريقة العلاج الجماعي مع الأطفال الناجين من غرق السفينة هيرالد. ضمت المجموعة سبعة أطفال.
في اللقاء الأول، طلب المعالج من الأطفال أن يعرّف كل واحد عن نفسه ويروي أين كان وماذا كان يفعل عندما غرقت السفينة وماذا حصل بعد ذلك؟

في جو من هذا النوع، كان الطفل يشعر بالدعم والاهتمام وبذلك يتمكن من سرد ما جرى. وعندما ينفجر بالكباء، كان يحصل على الدعم المطلوب. وقد صرحت إحدى الفتيات قائلة: لقد فقدت أهلي في هذا الحادث، وفي المدرسة يعيرني التلامذة بأنني يتيمة. إن الحل يقضي هنا بالاتصال مع المسؤولين في المدرسة وحث التلامذة على الامتناع عن سلوكهم الناقد.

إن معظم أفراد المجموعة قد أشاروا إلى أنهم يعانون من اضطراب النوم وضعف التركيز... تبين أن الطفل يستعيد صور الحدث وبالأخص في

أوقات الصمت. لذا تم الاتفاق مع أفراد المجموعة على استخدام WALKMAN (جهاز راديو كاسيت له سمّاعتان توضعان على الأذنين) للقضاء على الصمت وبالأخص قبل الذهاب إلى النوم.

في اللقاء الثاني، أصبح الأطفال أكثر تقارباً وانسجاماً، إذ كانوا يتحدثون بحماس وارتياح ويهتم بعضهم بالبعض الآخر، وكانوا ينتظرون اللقاء التالي بفارغ الصبر.

في اللقاء الثالث واللقاء الرابع، كان المعالج يترك الأطفال وحدهم لبضعة دقائق حتى يتعلموا كيف ينظمون أنفسهم ويديرون شؤونهم ويعبرون عن عفويتهم ثم كيف يقدمون أفكاراً جديدة للمعالج بغية مناقشتها. وهنا يسأل المعالج: كيف يشعر الأطفال الآن وكيف يعبرون عن مشاعرهم وكيف يعيشون الحدث ويتغلبون عليه وكيف يتصرفون في المستقبل إذا تعرضوا لظروف صعبة؟ قال أحد الأطفال: يجب أن تبقى هادئاً، وقال آخر: اللقاء مع الآخرين يساعد كثيراً.

رابعاً: العلاج باللعب (PLAY THERAPY):

إن استخدام اللعب كطريقة علمية في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية عند الأطفال لم يبدأ قبل عام ١٩٢٩. ففي هذا العام بالذات أنشأت عالمة النفس الإنكليزية مرغاريت لونفيلد (LOWENFELD) مؤسسة خاصة تعنى بتقنيات اللعب عند الأطفال وكانت تضع ألُعَب في صندوق من الرمل وتطلب من الطفل أن يبني قرية أو مدينة أو عالماً كما يشاء. وفي عام ١٩٣٤ زارت عالمة النفس الألمانية شارلوت بوهلر (BUHLER) المؤسسة المذكورة في لندن ثم عادت إلى بلادها لتضع اختباراً لا يزال يستعمل حتى الآن عرف باختبار العالم (WORLD

(TEST. ويحتوي الاختبار على مجموعة من ألعَب المتنوعة والتي تمثل مختلف أوجه الحياة البشرية بالإضافة إلى عدد من الحيوانات الأليفة والمفترسة. إن العالم الذي يبنيه الأطفال المضطربون يختلف عن عالم الأطفال الأسوياء (فوضى، فراغ في الداخل إلخ). وفي استوكهولم وضع الطبيب النفسي للأطفال غوستا هاردنغ (G. HARDING 1965) طريقة ERICA (بالنسبة لمؤسسة ERICA) التي تقضي باستعمال الرمل الجاف والرطب إلى جانب ألعَب المتنوعة (جنود، بقر، ناس، حيوانات مفترسة وأليفة، سيارات، أدوات حرب، منازل، أشجار إلخ).

وفي السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بالعلاج باللعب وكثرت الأبحاث والكتب المنشورة وبالأخص في الولايات المتحدة، كما زاد عدد المختصين بهذه الطريقة العلاجية، وذلك بعد النجاح الذي أحرزه العلاج باللعب في معالجة العديد من الاضطرابات النفسية عند الأطفال بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة حيث نحصر بحثنا هنا في هذا الاضطراب بالذات.

يبدو أن العلاج النفسي للأطفال يقضي باستخدام أكثر من أسلوب علاجي دون أن يعني ذلك بالضرورة الدمج النظري لتلك التقنيات.

إن الأطفال، بخلاف ما يعتقد الكبار، يعانون من الأزمات والصدمات ويعيشون الحزن والخوف والاكتئاب ويصابون باضطراب ما بعد الصدمة. والواقع أن الأزمات قدر كل إنسان منذ الطفولة، ولا بد من تدريب الطفل على التعامل مع الأزمات حتى يتحقق لديه النمو النفسي السليم. غير أن الأشخاص يختلفون في ردات فعلهم إزاء الأزمات والصدمات. وهذا يتوقف على طبيعة الصدمة من جهة وعلى مهارات التعامل ومرحلة النمو التي يمر بها الطفل من جهة أخرى. وكلما كان الطفل صغيراً احتاج أكثر إلى مساعدة الأهل والكبار، لأن خبراته تكون ضعيفة ولأن عملية النمو لم

تكتمل بعد. من هنا وجد العلماء أن العلاج باللعب الذي ينسجم مع سيكولوجيا النمو عند الطفل يلعب دوراً مهماً في معالجة الاضطرابات النفسية الناجمة عن الأزمات والصدمات والحروب. ويضم العلاج باللعب عدة تقنيات وأنشطة:

ـ أعمال الرسم والتلوين والمعجون (الطين):

وهذه الوسائل البسيطة تساعد الطفل على التعبير عن صراعاته الداخلية وآلامه. وعندما يتحدث عن رسومه أمام المعالج فإن هذا العمل يسمح له بإخراج صراعاته المكبوتة، الأمر الذي يؤدي إلى السيطرة على الواقع. ويتحدث (WINNICOTT 1971) عن رسم الخربشة الذي يعتبر وسيلة ممتازة لكسر الجليد عند الأطفال الذين يرفضون الرسم ويعتقدون بأنهم غير قادرين على ذلك. وبعد أن ينتهي الطفل من رسم الخربشة، يطلب منه المعالج أن يروي قصة ما حول ما تم رسمه. وقد استعمل بعض المعالجين هذا الأسلوب مع مجموعة من الأطفال الناجين من الكوارث مثل زلزال سانتا كروز (سان فرانسيسكو عام ١٩٨٩).

بالإضافة إلى الخربشة، هناك طريقة المعجون CLAY الذي يسمح للطفل بالتعبير عن مشاعره العدوانية بحيث يصنع منه ما يشاء.

ـ لعب العائلة:

هذه الطريقة مفيدة مع أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية ومع الفتيات حتى سن الحادية عشرة. بينما يفضل الذكور اللعب بالأدوات الحربية. وتضم لُعَب العائلة شخصيات الأب والأم والأخوة والأخوات والطفل الرضيع وبعض الرجال والنساء. وتكون عادة هذه اللعب ملونة بألوان تنسجم مع الأوضاع العرقية. يضاف إلى ذلك مجسمات للمطبخ وبعض

الحيوانات الأليفة والمفترسة والأدوات العسكرية والطبية (مثل الإبرة، السماعة، ميزان الحرارة إلخ). تكشف هذه الطريقة عن صراعات الطفل مع أفراد العائلة وما إذا كان قد تعرض لأعمال النبذ والعنف والاعتداء الجنسي.

- الدمى المتحركة (PUPPET):

هنا يتوحد الطفل مع إحدى الدمى ويتمكن من التعبير عن مشاعره المكبوتة. فالدمية تمثل الطفل وما يعاني من آلام ومخاوف. وعندما يتكلم عنها إنما يتكلم عن نفسه. وهنا يلعب الخيال دوراً مهماً في حياة الطفل وفي التعبير الرمزي عن مشكلاته.

يمكن استخدام هذه الطريقة مع الأطفال الذين يدخلون المستشفى بعد تعرضهم لمرض أو لكارثة وكذلك مع الأطفال الذين يخافون من بعض الحيوانات والحشرات بحيث تشير أيدي الدمية إلى الحيوان المعني. فالطفل يلعب مع المعالج ويقوم كل منهما بالدور المناسب.

- سرد القصص:

من المعلوم أن الطفل يحبُّ سماع القصص ويتأثر بها، وهذه ظاهرة شائعة في حياة الأطفال، ومن هنا يمكننا الاعتماد على هذه الطريقة لتحقيق بعض الأهداف العلاجية. وقد نبه (GARDNER 1971)، منذ سنوات طويلة، إلى أهمية القصص في مساعدة الأطفال على استنباط الحلول الممكنة للمشاكل المطروحة. وكان الباحث المذكور يقوم بتسجيل قصص الطفل وتصويره بالكاميرا ليعود فيما بعد ويعرض على الطفل ما تم إنجازه حتى يتمكن هذا الأخير من فهم أبعاد القصة بشكل واقعي. وهذا السرد يترافق بلعب الأدوار العائلية المطلوبة.

إن الطريقة المتبعة اليوم (WEBB 1991) تقضي بأن نطلب من الطفل أن يكتب قصصه في البيت على دفتر خاص بحيث يقرأها لاحقاً بصوت عال في الجلسات العلاجية. وهذه الطريقة تساعد المعالج على تحديد التشخيص المناسب والتعرف إلى المشكلة وحجمها بغية البدء بالعلاج.

- لوحة اللعب (BOARD GAMES):

وتضم مجموعة من اللعب المخصصة للعلاج النفسي (تطلب من المراكز المتخصصة في الولايات المتحدة). ومن المستحسن أن نستعمل هذه الطريقة مع الأطفال بعد سن السادسة لأن مفهومهم عن اللعب قد أصبح أكثر واقعية بسبب التطور المعرفي الحاصل في هذه المرحلة من العمر (٧ - ١١ سنة) والتفكير المنطقي المحسوس حسب بياجيه (PIAGET). ويعتقد SHAEFER و REID (١٩٨٦) بأن الكثير من المعالجين يجهلون أهمية لوحة اللعب في مرحلة المدرسة الابتدائية وحتى في المراهقة (التعامل مع الواقع والإحباط وضبط الانفعالات من خلال اللعب).

- نموذج علاجي (بتصرف):

تذكر (WEBB 1991) العديد من حالات الأطفال التي تم علاجها بواسطة اللعب بما في ذلك أطفال الكوارث والحروب. ونشير هنا إلى بعض منها:

الطفلة ج. لها من العمر ٩ سنوات وقد تم علاجها باللعب. تعرضت الفتاة وأهلها لكارثة إعصار (كارولينا عام ١٩٨٩) وعاشت مع أهلها في الملجأ لعدة أيام. بدأ العلاج النفسي مع الفتاة المذكورة في المدرسة باعتبار أن جميع الأطفال الذين تأثروا بالإعصار قد تلقوا الخدمات الصحية والنفسية اللازمة.

الجلسة الأولى:

- تعريف المعالج عن نفسه وأنه يعمل لمساعدة الأطفال المنكوبين وتحديد ما حصل لهم من جراء الإعصار.
- أين كانت تعيش الطفلة وهل تضرر منزلها؟
- هل لك أن تخبريني شيئاً عما حدث ليلة الإعصار؟
- تصف الطفلة الحدث ويطرح المعالج أسئلته (حوار).
- تلخيص الجلسة.

الجلسة الثانية:

- متابعة الحوار.
- (المعالج) عندما أشعر بالتعب والإرهاق، أريد أن أرتاح في مكان جميل. هل لك أن تتخيلي مكاناً جميلاً وتصفينه لي (أغمضي عينيك الآن وصفي لي ذلك المكان إلخ). يمكنني أن أساعدك بأن أكتب ما تقولينه الآن عن وصف المكان ومن ثم يمكنك أن تقرأي ذلك في البيت ألخ.
- الآن يمكنك الانصراف إلى صفك وسوف أراك الأسبوع القادم.

الجلسة الثالثة:

- ترسم الطفلة على ورقة المنظر الجميل (غابة وزهور).
- متابعة الحوار. تشكو الطفلة من أن بعض أفراد العائلة قد انتقدوا الرسم. غير أن المعالج هنا يدافع عن الطفلة ويقول: رسمك مثل رسم بيكاسو الفنان المشهور.
- تعالي معي إلى المكتبة حتى تأخذي فكرة عن ذلك.
- هل بإمكانك أن ترسمي لي أيضاً أشياء أخرى للأسبوع القادم؟

الجلسة الرابعة:

- الطفلة تشكو من ضعف التركيز في الدراسة، الأمر الذي أدى إلى حالة من التأخر الدراسي.

- يشرح المعالج للطفلة بأن ضعف التركيز الحالي هو ظاهرة طبيعية نجدها عند معظم الأطفال الذين يتعرضون لكارثة مثل الإعصار لأن الظروف الحياتية والنفسية قد تغيرت.

- في هذه الحالة، يحاول المعالج أن يرفع مستوى تقدير الذات (SELF-ESTEEM) عند الطفلة التي تشعر بالعجز والدونية بسبب التأخر الدراسي الحاصل، فيقول: أحب أن تذكري لي أربعة أشياء حلوة خاصة بك (يستمر الحوار حتى تتمكن الطفلة من تحديد هذه السمات). وبعد ذلك، يعيد المعالج تلك الصفات على شريط (اغمضي عينيك الآن وتخيلي بأنك تسمعين المسجل داخل رأسك، الآن افتحي المسجل ورددي بعدي: أنا حلوة، أنا فنانة، إلخ، افتحي عينيك الآن. أريد منك أن تكرري الشريط على نفسك بصوت عال ٤ مرات يومياً أو كلما وضعت أو خلعت حذاءك.

- يعود المعالج ويسأل الطفلة عن محتوى الشريط حتى يتأكد من أنها قد حفظت ذلك جيداً.

الجلسات الأخرى:

وتتناول العلاج الجمعي مع عدد من الأطفال الآخرين من ذوي المشكلات المماثلة.

في الجلسة الجماعية، يطلب المعالج من كل طفل أن يصف ما جرى له أثناء الحادثة (ردات فعله، الارتجاف، الخوف، الصراخ إلخ)، ثم يسأل: ماذا يجب أن نفعل إزاء ذلك... يشرح المعالج ردات الفعل الجسمانية

إزاء الخطر وأن جميع الأطفال قد عانوا من الشيء نفسه... ثم ننتقل إلى طرح الأسئلة على الأطفال حتى يستنبطوا الحلول الممكنة للمشكلة المطروحة. مثلاً ماذا نفعل إذا جاءتنا الكوابيس في الليل؟ من الأجوبة التي توصل إليها الأطفال: نشعل المصباح، نغسل الوجه، نشرب الماء، نستمع إلى الموسيقى، نقرأ كتاباً ملوناً إلخ.

فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، فإن المعالجين يستخدمون تقنيات أخرى مثل تفريغ الشحنات الانفعالية (ABREACTION) والاستعادة المعرفية لمعنى الحدث والدعم الاجتماعي (العلاقة مع المعالج والبيئة) وتقنيات التدخل في وقت الأزمات (CRISIS INTERVENTION) وقد ذكرنا بعض الشيء عن ذلك في الصفحات السابقة.

١ ـ تفريغ الشحنات الانفعالية:

أشار فرويد (١٩٢٠) إلى أن اللعب يساعد الطفل على معايشة الحدث ـ الصدمة من جديد والتحكم بالأشياء، وبذلك يتم استيعاب الصدمة بشكل واقعي.

وانسجاماً مع ظروف الطفل النفسية، فإن تمثل الحدث (ASSIMILATION) يجب أن يتم بصورة تدريجية من خلال اللعب وذلك من أجل تفعيل وتكامل الصورة المعرفية المرتبطة بالحدث حتى يتوصل الطفل إلى تحقيق تكيف أفضل مع الواقع.

إن عملية التفريغ تقضي بأن يقوم الطفل بفعل ما ضد الإحباط والتجنب والهروب. فالتجنب يحول دون التعامل مع الصدمة لأنه يعرقل تداخل الإنباءات الصادمة وفك غموضها. ولا شك أن العلاج باللعب يوفر العفوية في سلوك الطفل ويمكنه من التعامل مع الواقع، ولكن على المعالج أن

يعرف كيف يوجه الجلسة ويصل إلى أهدافه.

ولكي نعالج التجنب، لا بد من اللجوء إلى التعرض (EXPOSURE) كمبدأ علاجي. إن أفضل طريقة لتعريض الطفل للذكريات والصور الصادمة يكون من خلال اللعب الهادف (غرفة العلاج باللعب). ويبدو أن العناصر الشفائية لطريقة التفريغ عن طريق اللعب تستدعي: السيطرة على عالم الأشياء، التبصر والاستعادة المعرفية، التكرار والدعم الاجتماعي (O'CONNOR and SHAEFER 1994).

٢ ـ السيطرة:

إن اللعب يمنح الطفل شعوراً بالسيطرة على عالم الأشياء ويساعده على التخلص من الشعور بالعجز والخوف والقلق. مثلاً، قد يأتي الطفل بالشرطي (لوحة اللعب) ليساعده (أو أنه يمثل دور الشرطي) على الانتقام من المجرم... وعند البدء بجلسة العلاج باللعب، على المعالج أن يعطي بعض التعليمات الأساسية: سوف تأخذين (حوار مع طفلة JAMES 1989) الآن هذه اللعبة وهي تمثل فتاة قد ذهبت إلى المستشفى لأنها كانت مريضة. ولكن هناك شيئاً جميلاً جداً قد حدث لهذه الفتاة عندما ذهبت إلى المستشفى. لقد وجدت أنها قد أصبحت قوية جداً وكأنها أميرة لها سلطان (تعطي أوامرها للآخرين) أنت الآن الفتاة الأميرة، ماذا تطلبين مني أن أكون حتى أختار اللعبة المناسبة... إلخ.

٣ ـ التكرار:

عندما يكرر الطفل الحدث من خلال اللعب، فإنه يصبح أكثر قدرة على التعرف إلى مشاعره ومواقفه إزاء الصدمة. وهنا لا بد للمعالج من مساعدة الطفل وحثه على التعبير عن نفسه ومشاعره قائلاً له: أتساءل إذا

كنت لم تشعر أبداً بأنك قد تعرضت للخطر أثناء الحدث (قناص، غرق، اعتداء، إلخ). كما حدث تماماً لهذا الطفل (نشير هنا إلى اللعبة).

من المؤسف هنا أن نقول بأن الأهل لا يشجعون الطفل المصدوم على التعبير عن انفعالاته ومخاوفه لاعتقادهم بأن ذلك قد يؤدي إلى تفاقم القلق والعوارض. والواقع، أن التعبير الانفعالي عن الحدث بما في ذلك التعبير اللفظي والسلوكي (البكاء، الغضب، العدوانية، الضرب الرمزي للمعتدي عن طريق الدمى واللعب) يريح الطفل ويحرره من الانفعالات المكبوتة وكذلك من عمليات التجنب والنكران. لذا يحتاج الطفل المصدوم إلى التعبير عن الانفعالات والأفعال المكبوتة حتى يسيطر على الواقع. وهنا نلفت الانتباه إلى أن اللعب المتكرر وغير الممتع (لعب الصدمة) والذي لا يترافق بالتعبير الانفعالي من جانب الطفل يبقى دون فائدة، كالراشد الذي لا يتوصل إلى التعبير عن آلامه ومخاوفه المكبوتة ولكنه يصاب بالاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية (PENNEBAKER 1989).

٤ ـ الاستعادة المعرفية:

لا يكفي للطفل المصدوم أن يعبر عن انفعالاته ومشاعره المكبوتة بواسطة اللغة أو الأفعال ومن خلال اللعب بل عليه أيضا أن يبدل من معتقداته وأفكاره السلبية غير الواقعية أي أن يستعيد معنى الحدث بشكل واقعي تتداخل معه الإنباءات الصادمة في كيانه الشخصي. إذ من خلال اللعب الهادف والحوار مع الطفل تنجلي الأمور ويتضح معنى الحدث.

٥ ـ العلاقة والدعم الاجتماعي:

إن العلاج باللعب لا يعطي مفعوله إلا من خلال علاقة الثقة التي تنشأ بين الطفل والمعالج. إذ من خلال هذه العلاقة يشعر الطفل بالأمان

ويصبح قادراً على استعادة الصدمة والتعامل معها من خلال اللعب.

إن تكيف الطفل مع اضطراب ما بعد الصدمة لا يمر دون صعوبات. معظم الأطفال تقريباً الذين يتعرضون للصدمات والكوارث يعانون من سوء التكيف والخوف والنكوص واضطراب النوم وضعف التركيز وهم يتعلقون أكثر بالأهل. وبما أن هناك رغبة داخلية ملحة لاستعادة الحدث (الذكريات والصور المؤلمة) فإن الطفل يعيش الصدمة عن طريق اللعب المتكرر غير الممتع. والهدف من ذلك هو محاولة الطفل لتمثل الصدمة (ASSIMILATION). من هنا، يبدو أن العلاج باللعب هو الطريقة المفضلة في هذا المجال (O'CONNOR and SHAEFER 1994).

ويرمي العلاج باللعب، في حال الأطفال المصدومين، إلى تحقيق الأمور التالية: تفريغ الشحنات الانفعالية والمشاعر والأفعال المكبوتة، التعرض والمواجهة بدل التجنب والهروب، الاستعادة المعرفية لمعنى الصدمة والدعم الاجتماعي من خلال العلاقة الطيبة مع المعالج والبيئة.

بعد أن استعرضنا مختلف التقنيات المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال، يبدو أن معظمها يركز على ضرورة تفريغ الشحنات الانفعالية عند الطفل (التعبير عن المخاوف والعدوانية والرغبة في الثأر) وذلك من خلال الرسم الحر واللعب والكلام. وقد يضطر المعالج إلى استخدام أكثر من أسلوب علاجي واحد لعلاج الحالة. ومن المفيد جداً أن نبدأ بالرسم الحر لتحديد معالم الصدمة ومشاعر الطفل.

يبقى علينا أن نتناول موضوع الدعم الاجتماعي والرعاية الأولية وما يمكن للأهل والمدرسين وباقي الأشخاص المهتمين بشؤون الطفولة أن يقوموا به من أعمال وأنشطة من شأنها مساعدة الأطفال للتغلب على آثار الصدمة.

مراجع الفصل الثامن

- **Arnold. E. (1990)** *Childhood stress.* N.Y., Wiley.
- **Ayalon. O. (1983)** Coping with terrorism, in Meichenbaum: *stress reduction and prevention* N.Y. Plenum.
- **Bandura. A. (1977)** *Social learning and personality development.* N.Y. Rinehart and Winston.
- **Dyregrov. A. et al. (1992)** Work with traumatized children. *J. of. traumatic stress, 5, 5-17.*
- **Gardner. R. (1993)** *Psychotherapy with children,* N.Y. Aronson.
- **Gardner. R. (1971)** *Therapeutic connection with children.* N.Y. Aronson.
- **Henk. P. et al. (1995)** *Behavioral approaches for children and adolescents,* N.Y. Plenum.
- **James. B. (1989)** *Treating traumatized children,* Lexington books.
- **Lifton. R. (1976)** *The life of the self.* N.Y. Simon and Schuster.
- **Maksoud. M (1993)** *Helping children cope with the*

stresses of war. N.Y. Unicef.

- **O'connor. K and Shaeffer. C. (1994)** *Handbook of play therapy*. N.Y. Wiley.
- **Pnnebaker. J. (1989)** Traumatic experience and psychosomatic distress. *Canadiam psycho, 26, 82-95.*
- **Pynoos. R. and Eth. S (1986)** Witness to violence: the child interview. *J. Am. Acad. of child psych. 25, 306-319.*
- **Pynoos. R. and Nader, K. (1988)** Psychological first aid and treatment approach in children exposed to community violence. *J. of traumatic stress, 1-445-474.*
- **Shaefer. C. and Reid. S. (1986)** *Game play*. N.Y. Wiley.
- **Saigh. P. (1986)** In vivo flooding in the treatment of a 6 year old boy's PTSD. *Beh. research and therapy. 24, 685-688.*
- **Stronach-Bushed. B. (1990)** Trauma, children and art. Am. *J. of art therapy. 20, 48-52.*
- **Thompson. C. (1996)** *Counseling children*, Ca, Cole publishing Corp.
- **Webb. N. (1991)** *Play therapy with children in crisis*. N.Y. Guilford.
- **Williams. K. and Yule. W. (1990)** Post-traumatic stress reactions in children. *J. of traumatic stress. 3, 279-295.*
- **Winnicott (1971)** *Playing and reality*. N.Y. Basic books.

الفصل التاسع

كيف يمكننا مساعدة الأطفال المصدومين؟

ليس الحدث المؤلم وحده فقط هو المشكلة بل إنها النتائج الوخيمة التي تنجم عنه: جراح، إعاقة، اضطراب ما بعد الصدمة، قلق الانفصال، فقدان الرعاية والحماية بسبب خسارة أحد الأشخاص الأعزاء...

فالأطفال الذين فروا من منطقتهم إلى بلد آخر بسبب الحرب والعنف السياسي سوف يصادفون صعوبات جمة من حيث التأقلم مع الظروف الجديدة (لغة، عادات، تعلم، انتماء، فرص قليلة للعمل في المستقبل إلخ) بالإضافة إلى مشكلة التيتم والموارد الأسرية القليلة وصعوبة التدامج الاجتماعي مع الآخرين، كما أن المؤسسات التي ترعى شؤون الطفولة لن تتمكن بشكل كاف من حل المشاكل السلبية المتراكمة. ويعطي الرسم البياني التالي فكرة عن هذه النتائج:

• الحدث. • الضيق الحاد (الاضطراب) مثل اضطراب ما بعد الصدمة.

(عنف، اعتداء، تهجير، خسارة) • نحو الاستقرار والتعافي

• تهديدات أو أحداث مؤلمة متكررة.

• النتائج السلبية للحدث.

(قلق الانفصال، فقدان الرعاية والحب). • نحو الشكل المزمن للاضطراب.

إن ردات الفعل إزاء الصدمة قد تكون على نوعين:

ـ ردات فعل فورية عند الأطفال، وتكون في عدم الرغبة في الكلام والدراسة، في الشلل الكاذب، في الغثيان، في الخوف والهرب، في الغضب والنقمة والاهتياج والشعور بغرابة الواقع وتفاهته.

ـ ردات الفعل اللاحقة أو ذات المدى الطويل وتضم:

الكوابيس واضطراب النوم، الصداع وآلام المعدة، ضعف الشهية أو زيادتها، هبات حارة وباردة في الجسم، شكوى جسدية، حزن وخوف، فقدان الرغبة والنشاط، البكاء والخمول، العدوانية، ضعف التركيز وكثرة الحركة. ويظهر النكوص عند الصغار من خلال الاضطراب في الكلام أو التبول اللاإرادي واللعب المتكرر والتعلق بالكبار (RICHMAN 1966). ويبدو أن خسارة أحد الأبوين (بسبب الحرب والعنف) تعتبر من الأسباب المهمة في حدوث الاضطراب عند الأطفال وكذلك خسارة المنزل (تدمير، تهجير) أو الترحيل إلى بلد آخر (DAWES 1992). فالطفل الذي يعيش أحداثاً من هذا النوع يصاب بالحزن والاكتئاب والقلق ويفقد ثقته بالآخرين والمستقبل لأن خسارة أحد الأبوين كما أشرنا أعلاه سوف تنعكس سلباً على نمو الطفل.

١ ـ تعامل الأطفال مع الصدمات والضغوط:

كيف يتعامل الأطفال مع الصدمات والضغوط؟

إن كلمة COPING الإنكليزية تعني القدرة على التعامل الناجح مع البيئة والظروف. ليس هناك أنماط مقننة لهذا التعامل عند الأطفال، ولكن بعض الأفكار والمبادىء التي تشير إلى نجاح هذا التعامل (RICHMAN 1996):

ـ فالطفل هنا لا يشعر بعجز إزاء المشاكل والضغوط التي تعرض لها.

ـ يبقى قادراً على التفكير بما حدث له ولكن دون أن يؤدي ذلك إلى اضطراب عميق.

ـ تبقى علاقاته الاجتماعية مع الآخرين عادية وجيدة. وجدير بالذكر أن هناك فروقات واسعة في التعامل بين الأطفال إزاء الصدمات والضغوط. ومن الاستراتيجيات الإيجابية التي يمكن للطفل أن يستخدمها أو أن يتعلمها:

ـ التخطيط للتخلص من الخطر. فبإمكان الطفل مثلاً وبالأخص بعد الثامنة من العمر، أن يخطط، بالتعاون مع الراشد، للتخلص من الخطر (الهروب من مكان الاعتقال مثلاً، الاختباء في الملجأ قبل اشتداد القصف إلخ). وهنا يمكن تدريب الطفل على طريقة حل المشكلات (PROBLEM SOLVING).

ـ طلب المساعدة من الآخرين. يمكننا هنا أن ندرب الطفل على اللجوء إلى من هو أكبر منه سناً لإيجاد حل للمشكلة المطروحة (أحد الأبوين، المدرس، أحد الأقرباء).

ـ المرونة في الرد على الصعوبات. عندما لا يكون هناك حل فوري للمشكلة، علينا نحن الكبار أن ندرب الطفل على احتمال الإحباط والصبر

واستخدام الخيال والصلاة لتخطي الواقع المؤلم مع التركيز على قوة الرجاء في المستقبل القريب. في هذه الحالة، بإمكان الطفل أن يستعيد بعض الذكريات الحلوة (اللعب مع أبناء الحي، نزهة إلى مكان جميل إلخ).

- في دراسة على عدد من الأطفال المهجرين (MONTGOMERY et al 1992) الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، تبين أن استراتيجيات التعامل كانت سلبية ولم تكن مواقف الأهل مشجعة وداعمة. ومن الاستراتيجيات المستخدمة: الانسحاب والانطواء والعدوانية والغضب (عدم القدرة على احتمال الإحباط) التزام الصمت إلخ. وقد تم استبدال هذه الاستراتيجيات بوسائل أخرى إيجابية، بعد أن تم تدريب الأهل والأطفال على ذلك (التعبير عن الذات والحوار مع الطفل والحديث عن الصدمة، الانفتاح واللعب مع الآخرين، الدعم الاجتماعي والتشجيع والشعور بالحماية والأمان، القدرة على التخيل الإيجابي). لقد وجد (ALLODI 1980) في دراسته على أطفال تشيلي بأن الأهل الذين أخفوا حقيقة الصدمة عن أطفالهم قد دفعوا بهم، دون دراية، إلى المزيد.من الاضطراب بعكس الأهل الذين شرحوا لأطفالهم حقيقة ما جرى.

- مساعدة الآخرين: عندما ندرب الطفل على مساعدة الآخرين والمشاركة معهم، عندئذ يصبح أكثر قدرة على التعامل مع الظروف الصعبة من خلال هذه الأخلاقية. في هذه الحالة، يشعر الطفل بالفخر وكأنه بطل يتحمل الأخطار ويساعد الآخرين. علينا أن ندرك بأن الطفل يستطيع أن يكون إنساناً فاعلاً ومشاركاً وليس كائناً عاجزاً كما يعتقد الكثير من الكبار. مثلاً طفل في العاشرة من عمره ينقذ أخاه الصغير (٥ سنوات) الذي تعرض لكسور في الساق بحيث اتصل بالشرطة وبذلك تم نقل الصغير إلى المستشفى لإجراء اللازم.

إن دور الأهل مهم جداً وأساسي في بناء وتنمية استراتيجيات التعامل مع الطفل. فعلى الأهل أن يعلموا أطفالهم كيف يتعاملون مع الضغوط والصعاب وكيف يتحملون المسؤولية. ويكون النموذج الصالح للتعلم من خلال تصرفات الأهل ومواقفهم الهادئة إزاء الضغوط. على الطفل أن يفهم أيضاً بأن الحياة لا تخلو من الأشواك والصعاب. وهذا المبدأ سوف يساعده على احتمال الإحباط والصبر. إن روبرتا منشو (MENCHU 1983) التي حصلت على جائزة نوبل للسلام عام ١٩٩٢ تقول بأنها تعلمت منذ طفولتها كيف تتحمل الإحباط والألم والصعاب وكيف تساعد الكبار والصغار. وبالرغم من أنها فقدت أبويها بسبب العنف السياسي، فإنها بقيت مؤمنة بالله وبنفسها وبالدفاع عن حقوق الإنسان حيث واصلت معركتها مع الحياة حتى النصر.

ـ ولا يقتصر دور الأهل على تدريب الطفل على احتمال الإحباط والصبر والتعاون مع الآخرين، بل إنه يتعدى ذلك إلى تزويده بالقيم الروحية وتقوية إيمانه بالله أو بأي قضية اجتماعية أو إنسانية عادلة، لأن الإيمان هو الذي يدفع بالإنسان إلى مواصلة الكفاح في الحياة من أجل انتصار القيم والعدالة. وهذا المبدأ يعطي الإنسان الشعور بأهميته وبقدرته على مواجهة الخطر والصمود أمام عمليات الإذلال والتحطيم.

ـ اسرد هنا قصة جرت أثناء حرب لبنان حيث ألقت جماعة مسلحة غير لبنانية القبض على شاب لبناني في الرابعة والعشرين من عمره وقد تم وضعه في زنزانة منفردة. ويعود السبب لاختلاف في المواقف الإيديولوجية والسياسية. لقد فقد الشاب المذكور كل اتصال له مع العالم الخارجي. فلم يعد يعرف المكان والزمان. ولكن كيف استطاع هذا الشاب أن يقاوم هذه الضغوط دون أن ينهار؟

ـ كان يضع أذنه على الجدران باحثاً عن أي حركة أو ضجة تشير إلى

الحياة في الخارج. وبذلك تمكن من التفريق بين ساعات النهار والليل.

- كان يقوم يومياً بإجراء عمليات حسابية حتى يبقى عقله في حالة من اليقظة (التنشيط المعرفي).

- كان يصلي يومياً ويطلب من الله أن يساعده وينقذه ويعطيه الصبر والقوة وكان على يقين بأنه سوف يخرج من الزنزانة لأنه لم يرتكب أي جرم بحق أحد.

- كان يتخيل نفسه في أجمل المناظر وأقوى المواقف، وبذلك كان يشعر بأنه لم يفقد بعد الثقة بنفسه وبالحياة، وكان يعيش لحظات من الأمل والارتياح من خلال التخيل الإيجابي.

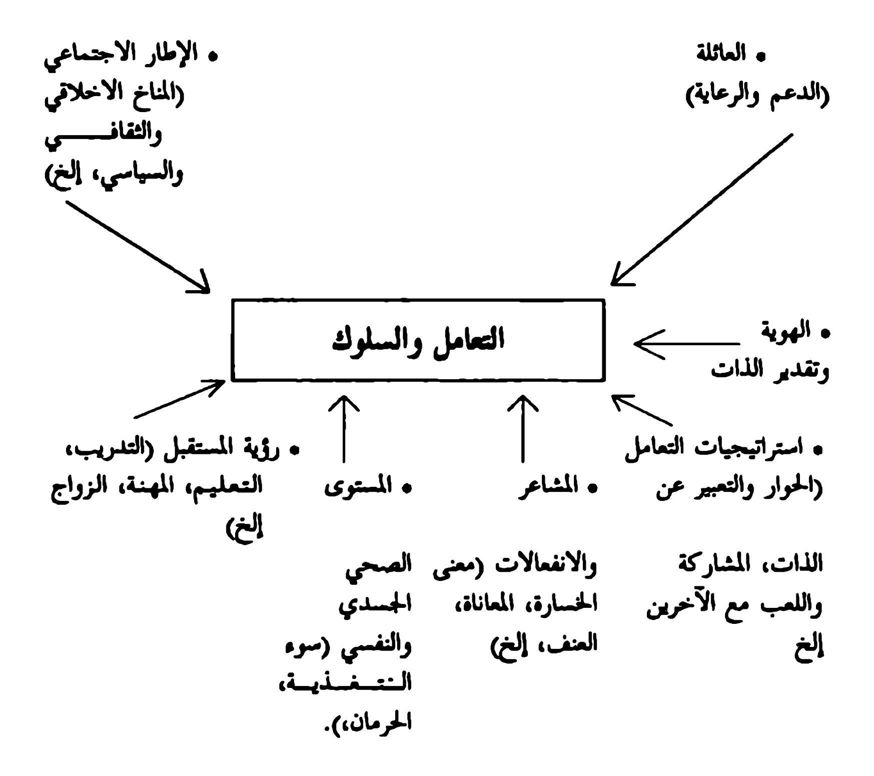
- كان على يقين من أنه سوف يعود إلى أهله وسوف يفرحون به كثيراً. وكان يتخيل كيف يحيط به الناس والأصدقاء ويقدمون له التهاني بالسلامة. وبعد ثلاثة أشهر تم إطلاق سراحه، وقد قمنا بزيارته وكان قد فقد من وزنه ٣٠ كلغ تقريباً. اكتفى بتناول الماء والعصير خلال الأسبوع الأول لأن معدته كانت ضعيفة ولا يمكن أن تتحمل أي طعام (اقتصر طعامه في السجن على الخبز اليابس والماء). غير أنه استطاع في خلال عام واحد أن يستعيد صحته الجسدية والنفسية بشكل كامل وقد سافر بعد ذلك إلى فرنسا حيث حصل على الدكتوراه في العلوم.

علّ هذه القصة الحية تعطي أطفالنا وشبابنا نموذجاً صالحاً لقوة الإيمان والعقل والإرادة وكيفية التصدي لعمليات التعذيب والظلم والضغوط المختلفة.

- تدريب الطفل (دور الأهل) على المشاركة والتعاون مع الغير يقوي لديه الشعور بالانتماء ويساعده على احتمال الإحباط. وعندما يدرك الطفل بأن هناك أطفالاً آخرين يعانون مثل ما يعاني، عندئذ يدرك بأن ألمه مشترك وبأن تعاونه مع الآخرين سوف يخفف من معاناته. لقد تبين أن الأطفال

الفلسطينيين كانوا أكثر قدرة على احتمال الإحباط والقلق من الأطفال الإسرائيليين لأنهم كانوا أكثر تحمساً لقضيتهم الوطنية وأكثر التحاماً مع بعضهم البعض.

إن القدرة على التعامل هي حصيلة التفاعل بين العوامل الشخصية (ذكاء، تقدير الذات، وضوح الهوية والهدف، مستوى الانفعالات والمشاعر، دور العقل والإرادة...) والعوامل التربوية والاجتماعية والصحية. ويعطي الرسم البياني التالي فكرة عن هذه العوامل.



٢ ـ مساعدة الأطفال:

إن برامج المساعدة يجب أن تأخذ بالاعتبار دور البيئة الداعم من جهة وحاجات الأطفال الملحة من جهة أخرى مع التركيز على تنمية قدراتهم ومهاراتهم من حيث التعامل مع الضغوط، ولا بد لهذه البرامج أن تعتمد على بعض المبادىء الأساسية:

ـ بناء العلاقة الناجحة مع الكبار وبالأخص مع الأهل (الثقة والشعور بالأمان والحماية).

ـ تشجيع الطفل المصدوم على اللعب بصورة طبيعية مع باقي الأطفال (دور الأهل والمدرسين).

ـ تقاسم الطفل المشاعر والتجارب المماثلة مع سواه من الأطفال (دور المعالج النفسي ونشاط المجموعة).

ـ الأنشطة الترفيهية المختلفة (المجموعة الداعمة ودور المدرسة).

ـ تدعيم وتنمية اعتبار الذات من خلال تكليف الطفل القيام ببعض الأعمال والتي يمكنه النجاح فيها (الأهل والمدرسون).

ـ تلبية الحاجات الملحة عند الطفل (رعاية صحية، غذاء، مسكن، تعليم إلخ).

يعتقد الخبراء بأن نسبة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال الذين يتعرضون لأعمال العنف والكوارث قد تتراوح ما بين ٢٠ إلى ٨٠٪. وهذا الفارق الكبير في النسب يعود إلى طبيعة الصدمة وكيفية التشخيص من جهة وإلى طبيعة الثقافة الاجتماعية من جهة أخرى.

لقد تبين أن بعض الأطفال يتعرضون لأعمال حرب وعنف ولكنهم يتكيفون بصورة عامة في حياتهم العائلية والمدرسية. وهنا يجب أن نميز بين الاضطراب العادي والحالة المرضية. ففي الحالة الأولى، يحتاج الطفل

إلى الرعاية وتقديم الدعم الاجتماعي وليس إلى علاج طبي ـ نفسي. في سرايفو، وجد الباحثون (RICHMAN 1996) بأن المسألة ليست في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة باعتبار أن عشرات الأشخاص قد تعرضوا لخسائر مماثلة وليس هناك الوقت الكافي للوقوف عند تلك الخسائر بقدر ما كان هاجس الناس الأساسي هو تجدد القتال والعودة إلى أعمال العنف لدى اقتراب فصل الشتاء القارس.

في جميع البرامج المختصة بمساعدة الأطفال، يجب أن لا نهمل الأطر الثقافية للمجتمع. إذ لا يجوز أن نأخذ برنامجاً قد تم تطبيقه دون أي تعديل أو تكييف متجاهلين بذلك دور العائلة والمجتمع والمؤسسات الأخرى. ومن المؤسف أن نقول بأن معظم المشتغلين في مجال الصحة العقلية في البلاد العربية يطبقون النموذج الغربي، وهم يركزون فقط على معالجة العوارض التي تبدو لنا غير أساسية في تلبية الحاجات الملحة عند هؤلاء الأطفال وما يمكن أن يقوم به الأهل والمدرسون والمؤسسات المختلفة من حيث تقديم المساعدة والدعم وتوفير الأنشطة المختلفة. كثير من المراكز قد تم إنشاؤها في عدد من البلدان المنكوبة (حروب، أعمال عنف) ولكنها لم تكن فعالة بالدرجة المتوقعة. وقد تبين أن عدم مراجعة الأطفال لهذه المراكز يعود إلى صعوبة الانتقال والظروف المادية السيئة كما حصل مثلاً في الموزانبيك والفيليبين. ونعطي هنا مثلاً آخر عن النساء اللواتي تعرضن للاغتصاب (أوغندا، البوسنة) وكيف لم يكن لديهن أي رغبة في طلب المساعدة النفسية، لأن همهن الأساسي كان تأمين الحاجات الملحة. كن يبحثن عن مجال لتحسين ظروفهن الاقتصادية الجماعية كزراعة الأرض وبناء المنازل. وهذه الأنشطة كان لها مفعول علاجي قوي، إذ كن يتشاطرن الآلام والآمال معاً وكل واحدة منهن كانت تتلقى الدعم والتشجيع من زميلاتها (BRACKEN 1992, GIBBS 1994).

إن الأطفال المهجرين الذين فقدوا منازلهم بسبب الحرب وأعمال العنف يحتاجون بالدرجة الأولى إلى تلبية حاجاتهم المادية الأساسية (غذاء، مسكن، رعاية صحية، تعليم) قبل أي تدخل علاجي. وهذا الدعم يعتبر ذا مفعول إيجابي لأنه يقر بقبول وتفهم مأساة الآخر والرغبة في المشاركة والمساعدة. ومن المفيد أن يتوقف الكبار عن استغلال الأطفال في مجال العنف والدعاية الإعلامية، لأن ذلك لا يخدم مصلحة الطفل وإنما يسيء إليه وإلى مفاهيمه الأخلاقية والإنسانية. فالأطفال والشبان الذين انخرطوا في أعمال العنف والقتل يتجهون أكثر نحو الهوية السلبية (هوية المقاتل والعدواني) ويخسرون الكثير من المعارف والقيم الأخلاقية والاجتماعية، كما أن الدعاية الإعلامية وما يرافقها من تضخيم للأمور تدفع بالطفل إلى الاستمرار في اتخاذ موقف الضحية أو المقاتل إرضاء للنرجسية. لذا، يجدر بنا أن نولي الاهتمام الأول لحاجات الطفل الملحة ونعمل على إعادة بناء شخصيته وتنشئته الاجتماعية بصورة سليمة.

وبما أننا نركز على مبدأ الدعم الاجتماعي، فإننا نشير إلى أن هذا الدعم لا يعمل إلا من خلال عمل المجموعة ومن خلال الأطر الثقافية والقيم السائدة في المجتمع. في موزانبيك مثلاً، هناك قبائل تسودها روح الجماعة بحيث تصبح المسؤولية مشتركة. فالأطفال اليتامى والمهجرون يجدون من يتولى أمرهم ويرعاهم وذلك من خلال القبيلة. في هذه الحالة، لا يشعر الطفل بقلق الانفصال والترك بل هناك العديد من الأطفال الذين يعيشون ويلعبون معه. وفي كمبوديا يذهب الأشخاص المصدومون إلى النساك حيث تجرى طقوس خاصة في الصلاة والرقص والاسترخاء...

وهذه المشاركة الجماعية في السراء والضراء تخفف من مأساة الأشخاص وتدفع بهم إلى الصبر والاحتمال. ومن خلال دراسة على أطفال الموزانبيك تناولت ٦٠ طفلاً (قسموا إلى فريقين) تأثروا بأعمال العنف

والحرب، تبين أن أطفال الفريق الأول استطاعوا أن [illegible] آ
الاضطراب النفسي وأن يستعيدوا توازنهم لأنهم تلقوا الدعم والتشجيع والحماية من الأهل والآخرين بينما استمر الاضطراب عند أفراد الفريق الثاني الذين فقدوا أهلهم بسبب الحرب ولم يتوفر لهم البديل المناسب، مع العلم أن أفراد الفريقين لم يتلقوا أي علاج طبي أو نفسي (DRAISMA and RICHMAN 1992).

وبما أن معظم الأطفال المنكوبين والمصدومين هم من البلدان الفقيرة وليس من السهل دائماً توفير العلاج الطبي والنفسي لهم، لذا من الأجدى أن يأخذ الدعم الاجتماعي بعده الحقيقي حتى يصبح فعالاً ومجدياً.

٣ ـ كيفية المساعدة وأعداد البرامج:

كيف نساعد الأطفال المصدومين؟

هناك منهجان للمساعدة (RICHMAN 1996): الرعاية المتخصصة والرعاية الأولية. ولكل نوع من هذين المنهجين برامج معينة تقوم على بعض الأصول والمبادىء.

١ ـ في المساعدة المتخصصة، هناك الاختصاصي في العلاج النفسي (بالإضافة إلى الطبيب النفسي في حال كان الطفل بحاجة إلى دواء). لقد استعرضنا في الفصول السابقة طرق العلاج النفسي المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة. غير أن دور المعالج النفسي لا يقتصر على تطبيق التقنيات والوسائل العلاجية بل يتعدى ذلك إلى اعتماد وتطبيق بعض البرامج ذات الأهداف العلاجية. وهنا يتوجب عليه أن يجند الطاقات ويحث همم الأهل والمدرسين لإشراكهم في تطبيق البرنامج المنشودة بعد أن يتم تدريبهم. جدير بالذكر أن البرامج المختصة بمساعدة الأطفال

تستطيع أن تغطي عدداً كبيراً منهم وبذلك يتم معالجة المشكلة بالسرعة اللازمة. وسوف نذكر لاحقاً بعض الشيء عن هذه البرامج.

تبقى مسألة التشخيص وتحديد مشكلات الطفل واحتياجاته. من الأخصائيين من يلجأ إلى تطبيق الاستبيانات المتعلقة بالصدمة (QUESTIONNAIRE) وهذا العمل لا يخلو من الصعوبات، إذ لا تتوفر لدينا دائماً الاختبارات اللازمة باللغة العربية مع جداول التقنين المحلية. وفي حال لم يتمكن الأخصائي من اجتياز هذه المشكلة، فإنه قد يلجأ إلى طريقة المقابلة الإكلينيكية متبعاً بدراسته معايير جمعية الطب النفسي الأميركية. بالإضافة إلى ذلك، هناك الملاحظة (ملاحظة سلوك الطفل في البيت والمدرسة وأثناء اللعب والأنشطة المختلفة).

٢ ـ بالنسبة للرعاية الأولية، يبدو أن مسألة الدعم الاجتماعي تشغل القسم الأكبر من هذه الرعاية لأن المطلوب هو تدعيم معنويات الطفل وتنمية اعتباره لنفسه وشعوره بالانتماء والحماية من خلال المجموعة الداعمة. ويشترك في الدعم الاجتماعي كل من أولياء الأمور والمتطوعون والمدرسون والأخصائيون الاجتماعيون وعلماء النفس والجمعيات والمؤسسات الخيرية والإنسانية.

ويبدو أن الرعاية الأولية ترمي إلى تحقيق الأهداف التالية:

ـ الوقاية من نتائج الصدمة والحد منها.

ـ تقديم الخدمات المختلفة لأكبر عدد ممكن من الأطفال.

ـ إشراك أولياء الأمور والمدرسين ومختلف فعاليات المجتمع في برامج الرعاية الأولية.

ـ تحسين الظروف المادية والنفسية والاجتماعية لأولياء الأمور وإيجاد فرص مناسبة للعمل لديهم.

أما برامج الرعاية الأولية فيجب أن تأخذ بالاعتبار النواحي التالية:

- التركيز على احتياجات الطفل وتسهيل عملية النمو النفسي والاجتماعي.

- الدعم العاطفي والاجتماعي، هذا الدعم الذي يشكل قاعدة قوية لمواجهة الظروف الصعبة (الشعور بالحماية والانتماء).

- تعزيز الثقة والعلاقة الطيبة بين الطفل والكبار.

- تعزيز العلاقة والصداقة بين الطفل وسواه من الأطفال والمشاركة في اللعب والأنشطة المختلفة).

- الوقاية من الانفصال مهما كانت الظروف، وإلا يجب توفير البديل المناسب في حال غياب الأبوين أو وفاتهما. لقد تبين أن الطفل قادر على التعامل مع الضغوط عندما يعيش مع أهله أكثر من الطفل الذي يعيش بعيداً عنهم. إن أطفال البوسنة الذين سافروا إلى بريطانيا هرباً من أجواء العنف والحرب كانوا أكثر قلقاً واضطراباً من الذين مكثوا مع أهلهم (RESSLER 1992).

أربعة مستويات:

يتخذ نموذج المساعدة الأولية أربعة مستويات (RICHMAN 1996):

- المستوى الأول ويتناول تأمين حاجات الطفل المادية من غذاء ومسكن ورعاية صحية...

- المستوى الثاني ويتعلق بمسألة الدعم الاجتماعي وتحسين ظروف البيئة بما في ذلك موقف الأهل الداعم وتأمين التعليم بالإضافة إلى الألعاب والأنشطة المختلفة.

- المستوى الثالث ويتركز على الرعاية الخاصة والاهتمام بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية وتعليمية.

- المستوى الرابع ويعتمد على المتابعة والتدريب وإعداد برنامج خاص

بهم يتناول مسائل التأهيل المهني والتعليم وعملية إعادة تدامجهم في المجتمع. على سبيل المثال، هناك ٣٧٪ من المقاتلين في أفغانستان تقل أعمارهم عن ٢٠ سنة (J. OF TORTURE, 1, 1997). ولإعادة تدامجهم، يجب أن تجرى لهم محافل تطهيرية حسب طقوس معينة بحيث يشعر المقاتل بالذنب ويتوب ويعطي وعداً قاطعاً بالحفاظ على القيم والسلوك الحسن (الموزانبيك مثلاً).

برامج المساعدة:

فيما يتعلق ببرامج مساعدة الأطفال، من المستحسن أن تضم هذه البرامج النقاط التالية:

- تأمين الحاجات المادية والصحية الملحة.
- العودة إلى المدرسة لتأمين التعليم، لأن ذلك يعني العودة إلى النظام والحياة الطبيعية والالتزام بالواجب والتفاؤل بالمستقبل.
- العلاقة الطيبة مع المدرسين. في الموزانبيك مثلاً، لم يتوقف المدرسون عن إعطاء الدروس للأطفال بالرغم من الظروف الصعبة. وهذا ما زاد من شعور الطفل بالاهتمام به وتقديم الدعم له. وقد اعتمدت وزارة التربية في الموزانبيك وكذلك اعتمد الصليب الأحمر برامج مماثلة لمساعدة الأطفال (التحدث إليهم وتشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم أمام الآخرين، الأنشطة المختلفة، والرسم والتلوين).
- تدريب بعض الأشخاص المعنيين بالمساعدة بمن فيهم المدرسون وأولياء الأمور من حيث تفهم حاجات الطفل ومشاكله وكيفية التغلب على الصعوبات والضغوط.
- التواصل واللعب مع الأطفال الآخرين.
- تنظيم برامج للأنشطة (رياضة، ألعاب، موسيقى، رقص، تمثيل،

مسرح، تلوين، رسم إلخ). يمكن أن نطلب مثلاً من الأطفال أن ينظفوا المدرسة أو أن يصبغوا الجدران وأن يتعاونوا هكذا مع بعضهم البعض.

إن هذه الأنشطة تمنحهم الشعور بالفخر وقيمة الذات وكذلك الشعور بالانشراح وبالسيطرة على الواقع.

- إعداد فريق العمل الذي يمكن أن يضم عدداً من المتطوعين والمدرسين وأولياء الأمور والأخصائيين النفسيين والمشرفين مع تنظيم اجتماعات دورية لحسن سير العمل وتنفيذ بنود البرنامج.

- وبما أن معظم المهجرين هم من الأطفال والنساء، فإن تدريب الأمهات يبدو مفيداً للغاية لأن هذا التدريب سوف يساعدهن على كيفية التعامل مع الطفل وكذلك مع الصعوبات والضغوط.

إن معظم البرامج المخصصة لمساعدة الأطفال تعتمد على عمل المتطوعين والمدرسين والأخصائيين في الصحة العقلية كما أشرنا، غير أن هناك بعض العوامل التي قد تحول دون بلوغ الأهداف المنشودة:

- إذا كان المتطوعون عاطلين عن العمل ووضعهم النفسي غير جيد.

- إذا كان المدرسون غير مدربين وليس لديهم الدافع والحماس للعمل.

- إذا كان بعض أعضاء فريق العمل ليس لديهم الوقت الكافي بسبب مسؤولياتهم وانشغالاتهم المهنية والشخصية.

- إذا كان أولياء الأمور غير مهتمين.

ونعتقد أنه بالإمكان تخطي الصعوبات المذكورة إذا عرفنا كيف نختار الأعضاء المناسبين. غير أن الأهم من ذلك هو إعداد البرنامج وتوضيح خطة العمل ثم المتابعة وتقييم النتائج. ولا بد من إجراء التدريب اللازم لأعضاء الفريق. وهذا التدريب قد يكون لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر.

مراجع الفصل التاسع

- **Beck. L. (1991)** *Child Development*, Boston, Allyn and Bacon.

- **Bracken. P. et al. (1992)** Helping victims of violencc in Uganda, *Medicine and war, 8, 155-163.*

- **Cohn. I. and Goodwin-Gill. G. (1993)** *Child soldiers*. Geneva, Henri Dunant Institute.

- **Dawes. A. (1992)** *Psychological discourse about political violence and its effects on children*. Refugee studies programme, Univ. of Oxford.

- **Dolan. Y. (1991)** *Resolving sexual abuse*. N.Y. Norton.

- **Draisma. F. and Richman. N. (1992)** *School based programme for children in difficult circumstances. Maputo, Ministry of Education.*

- **Dyregrov. A., and Raundalen. M. (1994)** *Seminar on helping the traumatized child, Bergen.*

- **Dyregrov. A., Maksoud. M. and Raundalen. M. (1992)** Traumatic war experiences and their effects on children. In Wilson. J. and Raphael. B: *inter. Handbook of traumatic stress*

syndromes, N.Y. Plenum.

- **Ferris. F. (1992)** *Refugee woman and family life.* Geneva, Mccallin.
- **Jareg. E. (1992)** *Basic therapeutic actions helping children,* young people and communities to cope through improvement and participation. Geneva, Mccallin.
- **Jareg. E. (1993)** *The rehabilitation of former child soldiers.* Geneva, ICCB.
- **Kinzie. J. et al. (1968)** The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children. *J. of am. Acad. of child psych. 25, 370-376.*
- **Kleinman. A. (1980)** *Parents and healers in the context of culture, Berkeley,* Uni. of Cal.
- **Maksoud. M. (1993)** *Helping children to cope with the stress of war.* N.Y. UNICEF.
- **Ministry of Education, Mosambique (1990)** *Helping children in difficult circumstances,* London, save the children.
- **Nikapota. A. et al. (1990)** *Training manual for helping children in situations of armed conflict,* Colombo, UNICEF.
- **Pynoos. R. and Nader. K. (1988)** Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence. *J. of traumatic stress, 1, 445-474.*
- **Radda. B. (1994)** *Social work in refugee emergencies.* Radda Barmen, Stockholm.
- **Ressler. E. (1992)** *Evacuation of children from conflict areas,* Geneva, UNICEF.
- **Richman. N. (1993)** *Communicating with children. Helping children in distress.* London, Save the children.

- **Richman. N. (1996)** *Principles of help for children involved in organized violence.* London, Save the children.
- **Richman. N. (1990)** *A school programme for helping war affected chidlren. Maputo,* Ministry of Education.
- **Sack. W. (1986)** The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children, the family, the home and the school. *J. Am. Acad. of child psych. 25, 377-383.*
- **Tolfree. D. (1995)** *Roofs and roots: the care of separated children in the developing world.* London, Save the children.
- **United Nations (1989)** *Convention on the rights of the child.* Geneva.
- **Woods. D. (1993)** *Children at war: some developments.* Geneva, Quaker United Nations office.
- **Zwi. A. and Ugalde. A. (1989)** Political violence in the third world. *Health policy and planning. 6, 203-217.*

الفصل العاشر

دراسة بعض الحالات

- الحالة رقم ١ (السيد س)
- الحالة رقم ٢ (السيد أ)
- الحالة رقم ٣ (السيد ع)

الحالة رقم ١

حالة السيد س:

السيد س. شاب في الرابعة والعشرين من العمر، تعرض للأسر والتعذيب وهو يعاني حتى الآن من اضطراب ما بعد الصدمة إلى درجة التفكك في الشخصية والتفكير. كان قبل الأسر يحب الحياة ويساعد الناس ولكنه انقلب بعد ذلك إلى إنسان آخر كما سنرى.

اولاً: الآثار النفسية للتعذيب والأسر:

إن هذه الآثار تظهر عند السيد س بعدة أشكال:

١ ـ **التكرار النفسي** الدائم للحدث بحيث لا تمر ساعة إلا وتعود إليه ذكرى الأسر والتعذيب وكأن الأمور تجري الآن. وهذا التكرار يغزو عقله وتفكيره أكان ذلك أثناء اليقظة أو النوم (كوابيس). إن س يبقى ساهراً طوال الليل لاعتقاده بأن الجنود سوف يدخلون منزله ويعتقلونه من جديد. إنه ينام فقط أثناء النهار، ومع ذلك فهو لا يعرف الراحة في نومه، هذا النوم الحافل بالكوابيس (جثث، موتى، جرحى، تعذيب، اغتصاب إلخ). لذا، غالباً ما يصحو من نومه مذعوراً ويصرخ قائلاً: لا تقتلوني. ثم يبكي ويثور من الخوف والغضب ويضرب ويحطم كل ما تصل إليه يداه.

٢ ـ **تجنب** كل ما يذكره بالصدمة (السلاح، الجنود، اللباس العسكري، المخفر، الثكنة، بيت أبيه، التلفون، الباب، الدوام...). إن هذا الاضطراب لا يسمح له بتحقيق التكيف في حياته اليومية والمهنية والاجتماعية. على سبيل المثال، إذا رأى سلاحاً أو جنوداً أو أفلاماً أو سمع أخباراً عسكرية، فإنه يضطرب فوراً ويتعرق ويرتجف ويخفق قلبه ويعصب ويثور... إنه لا يستطيع أن يسمع رنة التلفون لأنه يذكره بظروف الاعتقال حيث دخل الجنود منزل أبيه واعتقلوه وكان آنذاك يتكلم بالتلفون؛ وهو لا يستطيع أيضاً أن يسمع طقة الباب لأن الجنود قد قرعوا الباب ثم خلعوه ودخلوا المنزل بالقوة. إذا جلستَ مع س، فإنك تراه يراقب الباب باستمرار اعتقاداً منه بأن الجنود الأعداء سوف يدخلون كالسابق ويعتقلونه.

٣ ـ **الاقتحام المفاجىء** لتجربة التعذيب: فجأة نراه يضطرب ويثور ويضرب ويبكي ويتلفت في كل اتجاه. إنها تجربة التعذيب التي تأتيه كومضات البرق وتثير فيه الذعر والاضطراب وكأن الحدث سوف يجري الآن لا محال. هذا الاقتحام المفاجىء يؤدي إلى انقلاب المزاج والسلوك، فإذا به يصرخ ويضرب ويثور دون سبب ظاهر.

٤ ـ العوارض الدائمة: هناك عوارض دائمة تنغص عليه عيشه وتجعل منه إنساناً غير طبيعي:

ـ العصبية الزائدة والاهتياج: فهو لا يحتمل الإحباط وإعطاء الأوامر من أحد مهما كان. إذ ينفعل ويغضب ويثور ويهتاج كالمجنون. إن تجربة الاغتصاب كانت شديدة الوطأة عليه وتعني له الطعن في كرامته، إذ يقول: إنهم حطموا رجولتي وكبريائي، أصبحت مختلفاً عن الناس لأن جسمي قد تعرض للاعتداء والتشويه. أكره الدوام وإعطاء الأوامر لأن هذا يذكرني بالتعذيب والاغتصاب. إن كل أمر يفرض علي أعتبره بمثابة اغتصاب. ليس التعذيب وحده هو الذي حطمني بل إنه أيضاً الاغتصاب الذي خلق تشويهاً في جسدي وجرحاً في شخصيتي. لذا، أحاول أن أثبت رجولتي عن طريق العنف والعصبية والضرب.

ـ الانسحاب والعزلة: إن س يفضل العزلة والهدوء والصمت. إنه لا يتكلم بتاتاً مع زوجته أو أهله بل يبقى صامتاً وغارقاً في ذكرى التعذيب. لقد قطع علاقاته مع أهله ورفاقه وهو غير قادر على التعامل مع الآخرين.

ـ عدم القدرة على التركيز والتفكير المنطقي بسبب طغيان ذكرى التعذيب وشدة الانفعال...

ـ الأرق واضطراب النوم: إن النوم يترافق عنده بالكوابيس كما ذكرنا ولا يمكنه أن ينام ليلاً بسبب الخوف من حدوث أي هجوم مفاجىء يقوم به الجنود الأعداء.

ـ تقلب المزاج وعدم القدرة على ضبط النفس والحركة. هذا التقلب واضح في اختبارات الشخصية ومرتفع في حدته (أجوبة اللون مرتفعة جداً في اختبار الرورشاخ ١١ = C = 3 - CF بينما أجوبة اللون محدودة عند الأسوياء).

ـ الخلل الفيزيولوجي: نتيجة للضرب المتواصل على الرأس وبسبب

التعليق المعكوس، هناك احتمال لحدوث خلل في المخ كما تشير إلى ذلك بعض اختبارات الشخصية والعضوية (رورشاخ، بنتون).

ـ الخلل النفسي والهلوسة: لقد تبين أن السيد س يعاني من طغيان هلوسة الخوف والملاحقة والأذى والاضطهاد وهو يسمع أصواتاً ترن في أذنيه وتصرخ، الأمر الذي يدفع به إلى التوتر والعصبية والاهتياج، وهو يرى في حالة اليقظة عن يمينه ويساره الجماجم والقتلى ويشعر أن هناك جنوداً سوف يعتدون عليه ويقتلونه...

إن تجربة التعذيب والاغتصاب قد أدت إلى حدوث تفكك في الشخصية (DISSOCIATION) وإلى آثار سلبية دائمة ليس من السهل علاجها في وقت قصير وبشكل كامل.

ثانياً: العلاج:

عندما راجع السيد س للمرة الأولى، كان مضطرباً جداً وكان قلبه يخفق بسرعة. وكان يرتجف ويلتفت إلى اليمين وإلى اليسار. وعندما سألناه عما يدور في رأسه الآن، قال: أنا خائف جداً، خائف من أن يأتي الجنود الأعداء ويأخذوني... عندئذ بدأنا معه فوراً بتطبيق الاسترخاء وعملية التنفس العميق حتى انخفضت العوارض إلى حوالي ١٥٪. بعد ذلك، حاولنا أن نستعيد تدريجياً تجربة الأسر ليتسنى لنا تحديد التجارب المؤلمة بغية تصنيفها والبدء بمعالجتها لاحقاً:

- صورة الجنود الذين شتموه.
- صورة الجنود الذين ضربوه على الرأس.
- صورة الجنود الذين هددوه بالقتل.
- صورة الأشخاص الذين تم تعذيبهم وقتلهم أمامه.

- صورة الذين اغتصبوه...

- بالإضافة إلى ذلك، هناك بعض الأشياء التي تذكره بالاعتقال والأسر مثل التلفون والباب واللباس العسكري ورؤية الجنود والسلاح إلخ.

تناولت **الاستراتيجية العلاجية** النقاط التالية:

- التخفيف من مسألة التجنب حتى يتمكن المريض من التكيف نسبياً مع الواقع.

- التخفيف من وطأة الأفكار والصور الدخيلة حتى يشعر المريض بالأمان والراحة الداخلية.

- اكتساب بعض المهارات التي سوف تمكنه من التعامل مع التوتر والخوف والقلق.

وانسجاماً مع هذه الاستراتيجية، تضمنت الخطة العلاجية التقنيات التالية:

- الاسترخاء والتنفس العميق.

- التدريب على استعمال الجداول السلوكية والمعرفية.

- التعرض (EXPOSURE) الحي والتعرض عن طريق التخيل لبعض الأشياء والوضعيات.

- حركة العينين (طريقة شابيرو ١٩٨٩).

- إعادة التنظيم المعرفي لمعنى الحدث.

- اكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع القلق والخوف والتوتر مثل الاسترخاء وحل المسائل ولعب الأدوار وتوكيد الذات والحوار الذاتي الإيجابي وطرق أخرى...

بدأنا بمعالجة ذكرى التعذيب ولكن كان علينا أن نلتزم بمبدأ التدرج من السهل إلى الصعب. لقد تمكنا في البداية من تخليص المريض من مسألة الكوابيس ثم انتقلنا إلى معالجة الضرب والشتم والتعرض للمنبهات

المؤلمة مثل المسدس والسوط واللباس العسكري والتلفون والباب إلخ وتركنا مسألة الاغتصاب للمرحلة الأخيرة.

تم إعطاء ٣٨ جلسة علاجية للمريض ولكن بصورة متقطعة، إذ إن س لم يكن قادراً على المواظبة والالتزام بالمواعيد المحددة. إن الرسم التالي يوضح مسيرة الخطة العلاجية:

التدخل المعرفي		التدخل المعرفي	التدخل المعرفي
الاسترخاء وتقييم الحالة ـ الجداول السلوكية والمعرفية	التعرض ـ فيلم وثائقي (حرب الخليج مقاطع محددة) ـ التعرض عن طريق التخيل.	ـ حركة العينين ـ لعب الأدوار • الجنود الذين ضربوه. • الجنود الذين شتموه الجنود الذين عذبوه. ـ تعذيب وقتل آخرين أمامه إلخ	اكتساب المهارات • حل المسائل • الاسترخاء • ممارسة بعض الأنشطة مثل المشي، الرياضة، الاستماع إلى الموسيقى إلخ.
عدد الجلسات ١ إلى ٣	٤ إلى ١٤	١٥ إلى ٣٠	٣١ إلى ٣٨

ـ إن طريقة الاسترخاء التي تم تدريب المريض عليها خلال الجلسات الأولى قد ساعدته كثيراً على التحكم بانفعالاته ومخاوفه وبالأخص على الصعيد الجسدي ـ الفيزيولوجي (ضيق الخلق، التوتر، العصبية، خفقان القلب، ارتجاف الجسم، الأرق).

- إن التعرض للأشياء والمنبهات المؤلمة التي كان يتجنبها المريض مثل التلفون، الباب، المخفر، اللباس العسكري إلخ قد تم التغلب عليها نسبياً (التعرض الحي والتعرض عن طريق التخيل). وكانت نسبة النجاح حوالي ٦٠٪.

- إن حركة العينين (شابيرو ١٩٨٩) قد أعطت الكثير من النتائج الإيجابية في مقاومة الصور والأفكار الدخيلة المرتبطة بالتعذيب والأسر، إذ انخفض القلق في هذا المجال من ١٠٠٪ إلى حوالي ٤٠٪. ويعطي الجدول التالي فكرة عن تطور الوضع النفسي عند المريض:

الاختبار / عدد الجلسات		3-1	6-4	9-7	10-12	15-13	18-16	21-19	30-22	38-31
اختبار الحدث	الأفكار والصور الدخيلة	30	25	25	20	20	15	15	12	10
	التجنب	30	30	26	24	25	20	20	20	18
اختبار القلق (سبيلبرجر)		80	70	65	60	50	50	45	42	40

ثالثاً: مناقشة النتائج:

- بالنسبة لمسألة الاغتصاب، لم نتمكن من متابعة الجلسات (تم إعطاء جلسة واحدة فقط) حيث انقطع المريض ولم يتابع. وقد يعود السبب في ذلك من جهة إلى التحسن الذي توصل إليه من خلال العلاج

السبب في ذلك من جهة إلى التحسن الذي توصل إليه من خلال العلاج النفسي ومن جهة أخرى إلى تخوفه من مواجهة موضوع الاغتصاب. إذ كانت الجلسة الأخيرة المخصصة لهذه المسألة حافلة بالخوف والتوتر والانفعال الشديد حيث كان المريض يجهش بالبكاء ويتنهد ويصرخ ويخفق قلبه ويتصبب منه العرق ويرتجف.

- بالنسبة للجداول السلوكية - المعرفية، فإن النتائج لم تكن مرضية، إذ كان المريض يهمل إجمالاً العمل المطلوب ولا ينفذ إلا القليل منه.

- وبالنسبة لاكتساب المهارات (الاسترخاء، حل المسائل، الاستماع إلى الموسيقى، الرياضة والمشي...) فإن المريض قد نجح نسبياً في ممارسة هذه الأنشطة التي ساعدته على التعامل مع مخاوفه وقلقه.

- لقد وجدنا بأن تقنيات التعرض كانت فعالة بالنسبة لمسألة التجنب (AVOIDANCE). أما حركة العينين فكانت فعالة أكثر في معالجة الأفكار والصور الدخيلة المرتبطة بالحدث. وهذه النتائج تنسجم مع نتائج الأبحاث العالمية (SHAPIRO 1989, VAUGHAN 1995 and TARRIER 1992).

- وبالنسبة لعوارض القلق الجسدية والنفسية وعوارض الإجفال (STARTLE RESPONSE)، فقد تبين أن الاسترخاء وكذلك طريقة MEICHENBAUM تعطيان نتائج إيجابية ومشجعة. وهذا ما تؤكد عليه بعض الأبحاث العالمية (FOA and ROTHMAN 1989).

- إن درجات التجنب التي حصل عليها المريض في اختبار الحدث (HOROWITZ 1979) كانت أكثر ارتفاعاً من درجات الأفكار والصور الدخيلة. وهذا يعني أن التجنب يطرح مسألة أكثر تعقيداً في حياة الناجين من التعذيب وهذه النتيجة تنسجم مع بعض الدراسات العالمية (SCOTT and STRADLING 1992).

وفي نهاية هذا البحث، لا بد لنا من الإشارة إلى أنه قد وجدنا الكثير من الصعوبات في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة عند المريض المذكور. وهذه الصعوبات معروفة من جانب المشتغلين مع الناجين من التعذيب والأسر. أما الصعوبات التي حالت دون تحقيق التقدم المنشود فكانت كالتالي:

- عدم الالتزام بالجلسات والمواعيد المحددة. إذ غالباً ما يشعر المريض بالإرهاق وضيق الخلق والتوتر وهو يعتقد أن آلامه سوف تستمر إلى الأبد وليس هناك حل لمشكلته.

- إن المريض ينام في النهار ويسهر طوال الليل حتى طلوع الشمس. وهذا ما يمنعه من الالتزام بالمواعيد المحددة لتلقي العلاج النفسي.

- عدم وجود التنسيق والتشاور بين الطبيب النفسي والمعالج النفسي. لقد وجدنا في حالات عديدة أن هناك سمات ذهانية وحالة من التفكك في شخصية المريض، وهذه الحالة بقيت دون علاج دوائي لأن الطبيب لم يكتشفها في الوقت المناسب.

- عدم إدراك الأهل لحجم المشكلة التي يعاني منها ابنهم وعدم محاولتهم للتخفيف عنه ورفع معنوياته. إذ نادراً ما يصطحب الأهل ابنهم إلى مركز العلاج ونادراً ما يتحدثون معه ويشاركونه في مشاعره... وهذا ما يدفع بالمريض إلى المزيد من الانطواء والعزلة وردات الفعل السلبية.

إن تقديم الدعم الاجتماعي قد يساعد المريض على تحسين ظروفه النفسية. وهذا الدعم يقوم به الأهل والأصدقاء والمؤسسات المعنية. على سبيل المثال، كان للدعم الاجتماعي الذي توفر للناجين من مجازر اليهود أثر إيجابي (HAREL et al 1988). وهناك برامج مماثلة في كل من الولايات المتحدة وألمانيا وفرنسا والمملكة المتحدة وجنوبي أفريقيا وأميركا اللاتينية... وبالرغم من النتائج الإيجابية، فلا توجد دراسات ميدانية

لتقييم هذه البرامج.

ـ إن المسؤولين عن الدوام لا يستفسرون عن حقيقة الاضطراب عند الشخص المعني حتى يتعاملوا معه بشكل أفضل. وهذا الوضع يزيد الطين بلة ويدفع بالمريض إلى الاعتقاد بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه (الشعور بالاضطهاد وردات فعل عدوانية ضد بيئته).

الخلاصة:

إن نسبة النجاح في معالجة وتأهيل ضحايا الأسر والتعذيب تبدو متوسطة أو محدودة بصورة عامة بالرغم من الجهود والإمكانات المبذولة. غير أن هذا الواقع مشابه للكثير من ضحايا التعذيب والحروب في العالم. على سبيل المثال، تبين من خلال الدراسات الأميركية على الجنود المقاتلين في فيتنام أن هناك عدداً لا يزال يعاني حتى الآن من اضطراب ما بعد الصدمة ومن مشاكل نفسية أخرى وسلوكية. ونذكر هنا دراسة KULKA ومعاونوه (١٩٩١) حيث تبين أن هناك ٤٩٪ من المقاتلين الأميركيين في فيتنام قد أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة، وهناك ١٥٪ منهم لا يزالون حتى الآن يعانون من الاضطراب المذكور، أيْ هناك حوالي ٣٧٩ ألف حالة. وفي دراسة على الجنود الإسرائيليين الذين اشتركوا في حرب ١٩٦٧ (وبعد مضي ١٨ سنة) تبين أن عدداً من هؤلاء لا يزال يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة ومن عوارض نفسية وسلوكية أخرى (SOLOMON et al 1986).

يبدو أن الشكل المزمن للاضطراب يظهر أيضاً وبشكل خاص عند الناجين من التعذيب وعند الذين يتعرضون لأهوال المعارك أو الذين يشاهدون أمامهم أعمال القتل والموت (DAVIDSON et al 1991).

لذا نرى بأن علاج الناجين من التعذيب والأسر يجب أن لا يقتصر على الجهود الفردية فقط بل أن يتعدى ذلك إلى عمل الفريق العلاجي المتكامل كما هي الحال في البلدان المتقدمة. ويضم هذا الفريق كلا من الطبيب النفسي والمعالج النفسي والأخصائي الاجتماعي وأخصائي العلاج الفيزيائي أو الطبيعي وكذلك الآهل والمسؤولين عن الدوام حتى نتمكن من إعادة تأهيل الناجين من التعذيب ومساعدتهم على التكيف مع أنفسهم وبيئتهم.

مراجع الحالة رقم ١

- **American psychiatric association (1987)** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,* Washingt.
- **Davidson. J. et al (1991)** PTSD in the community. *Psycho. Med. 21, 1-9.*
- **Davidson. L. and Baum. A. (1993)** Predictors of chronic stress among. Vietnam veterans. *J. of Traumatic stress, 211-227.*
- **Foa. E. and Rothman (1989)** Behavioral psychopathology for PTSD. *Inter. Rev. of psych. 1, 211-226.*
- **Foy. D. (1992)** *Treating PTSD.* N.Y. Guildford.
- **Harel et al (1988)** Psychological well-being among holocaust survivors and immigrants in Israel. *J. of traumatic stress. 1, 413-429.*
- **Horowitz. M. et al. (1979)** Impact of Event scale. *Psychosom. Med. 41, 209-48.*
- **Kulka. A. et al (1990)** *Trauma and the vietnam war generation.* N.Y. -Bruner-Mazel.
- **Scott. M. and Stradling. S. (1992)** *Counseling for PTSD,* London, Sage publish.

- Shapiro. F. (1989)	Eye movement desensitization. *J. of Beh. Therapy. 3, 211-217.*
- Solomon and Kleinhanz (1986)	War induced psychic trauma: an 18 year follow-up of Israeli veterans. *Am. J. of orthopsych. 66, 152-160.*
- Vaughan. K. and Tarrler. N. (1992)	The use of image habituation training with PTSD. *Brit. J. psych. 161, 658-664.*

الحالة رقم ٢

حالة السيد أ

إن السيد أ قد تم اعتقاله لمدة سبعة أشهر ولكنه لم يتعرض للضرب والتعذيب. وقد أفاد الطبيب المعالج بأن السيد أ يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة. غير أننا لاحظنا من خلال الجلسات العلاجية والتقويم أن اضطراب ما بعد الصدمة ليس أساسياً الآن بل هناك اضطرابات أخرى أكثر أهمية كما سنرى.

١ ـ العوارض الراهنة:

ـ يشكو من القولون والغازات ويتصور أن هناك رسماً بيانياً يتحرك داخل الأمعاء (أفكار غريبة).

ـ ضعف في التركيز وشرود ذهني وأحلام يقظة.

ـ ضيق الخلق والعصبية والانفعال الكلامي.

ـ عزلة وعدم اختلاط مع الآخرين.

ـ عدم قدرة على التكيف مع ظروف العمل وتحمل المسؤوليات.

ـ الشعور بالإرهاق وعدم الرغبة في العمل.

ـ سوء التكيف في الحياة الزوجية. إذ طلق زوجته عقب التحرير ودون أسباب كافية، كما أن زواجه من الثانية لا يخلو من الشجار وسوء التفاهم.

٢ ـ القدرات المعرفية:

يشير اختبار وكسلر (WAIS) إلى ما يلي:

ـ الذكاء العملي: ٧٠.

ـ الذكاء اللفظي: ٩٦.

ـ الذكاء الكلي: ٨٢.

من سمات هذا الذكاء:
- المعلومات العامة لا بأس بها.
- القدرة على الفهم والاستيعاب والتحليل محدودة.
- القدرة على الاستدلال لا بأس بها.
- القدرة على المقارنة والاستنباط محدودة إلخ.

ما يلفت الانتباه هنا هو وجود الفارق الكبير بين الذكاء اللفظي والعملي (٢٦ درجة). وهذا الفارق قد يشير إلى وجود خلل في الوظيفة الذهنية والنفسية، الأمر الذي يسمح لنا بالتكهن بأن الشخص المذكور قد يعاني من بوادر فصامية.

٣ - اختبار الشخصية:

- أعطت اختبارات الشخصية (وبالأخص الرورشاخ) ما يلي:
- وجود حالة من القلق مصحوبة بشكوى من العوارض السوماتية (أجوبة تشريح).
- عدم قدرة على احتمال الضغوط والتعامل معها.
- انخفاض في مستوى القدرة المعرفية والتفكير الدمجي المنطقي (G = 4, F = 9).
- انخفاض واضح في القدرة على التخيل والحركة والمبادرة والوعي الداخلي وضبط الانفعالات (K = 0, C = 4, CF = 3).
- قدرة ضعيفة على التكيف مع البيئة وانخفاض في الإنتاجية (BAN% = 3, F + % = 40).
- عدم قدرة على إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين (Hd > H).
- هناك مؤشرات تدل على وجود البوادر الفصامية.
- أجوبة مجردة = ١

- أجوبة لون = ٤
- أجوبة لون وشكل = ٣
- أجوبة غريبة = ٦٪
- CLOBF = ٢
- الشكل السيىء = ٩

٤ ـ اختبار العضوية:

أشار اختبار BENTON إلى أن السيد أ لا يعاني في الوقت الحاضر من أي إصابة عضوية في الدماغ.

يبدو من خلال دراسة هذه الحالة أن عوارض اضطراب ما بعد الصدمة غير بارزة تماماً (عدم وجود الأفكار الدخيلة والكوابيس المرتبطة بالأسر، عدم وجود حالة التجنب).

ومن المحتمل أن الانخفاض في القدرات المعرفية قد يعود إلى وضعه النفسي المضطرب (بوادر ذهانية وتفكك وأفكار غريبة)، يضاف إلى ذلك أن الشخص المذكور لم يكن متفوقاً في دراسته وأنه قد رسب مرتين في المرحلة الثانوية.

لذا، يتوجب علينا في علاج حالات اضطراب ما بعد الصدمة أن نتحقق أولاً من صحة التشخيص وما إذا كان الشخص يعاني بالفعل من هذا الاضطراب أم أن هناك اضطراباً آخر أكثر أهمية وبروزاً. لا بد إذن من التعاون والتنسيق والتشاور بين الطبيب النفسي والمعالج النفسي حتى تتضح الخطة العلاجية ويكون العلاج فعالاً وقصير الأمد.

الحالة رقم ٣
حالة السيد ع

إن السيد ع له الآن من العمر ٣٢ سنة. تعرض للأسر والتعذيب وكان عمره حوالي ٢٥ سنة. أمضى سبعة أشهر في الأسر وقد أطلق سراحه عام ١٩٩١. وبالرغم من عودته إلى وطنه وأهله، فإنه لا يزال يعاني من آثار التعذيب (PTSD). إن صور الأسر والتعذيب تغزو ذاكرته وتؤثر على سلوكه وحياته اليومية أكان ذلك في الدوام أو المنزل أو مع الآخرين (العصبية والتوتر، ضيق الخلق، الانسحاب، الخوف والأفكار الدخيلة، التجنب، الكوابيس واضطراب النوم إلخ).

حتى الآن يعتقد السيد ع بأن الجنود الأعداء سوف يدخلون البلاد مرة ثانية وسوف يعتقلونه ويقتلونه، كما أنه يتضايق من الأماكن المغلقة ويشعر فيها بالاختناق. وهذا ما يذكره بأيام الأسر. لذا، فهو يتجنب الذهاب إلى الديوانية والمخفر وما شابه ويقضي معظم وقته في البيت وفي مشاهدة التلفزيون. من جهة أخرى، فهو غير قادر على احتمال الضجة والازدحام ومنظر العسكر والطيران وسماع الأصوات المرتفعة. النوم مضطرب تقطعه الكوابيس التي تدور حول الحرب والقتل والتعذيب. وغالباً ما يصحو مذعوراً متوتراً وكأنه عاجز على التفريق بين الخيال والواقع. غالباً ما يصرخ ويتعارك مع الآخرين دون وعي منه وكأنه في معركة مع الأعداء.

التقويم النفسي:

١ ـ اختبارات الذكاء:

إشار اختبار وكسلر (WAIS) أشار إلى ما يلي:

- الذكاء العملي = ٦٤.
- الذكاء اللفظي = ٦٧.
- الذكاء الكلي = ٦٤.

هذا يعني أن السيد ع يعاني من تخلف عقلي بسيط (MILD M.R.). وهذا التخلف لا يسمح له بتعزيز المقاومة النفسية واحتواء الصدمة.

٢ ـ اختبار الشخصية:

إن اختبار الشخصية الأميركي (HAND-TEST) قد أعطى النتائج التالية:

- اضطراب بارز في العلاقة الإنسانية وعملية التواصل مع الآخرين (SCORE 1).
- هناك انسحاب وانطواء على الذات مع هبات من الغضب والانفعال والعصبية.
- إن المشاركة الوجدانية والتعاطف شبه منعدمين، وهذا يعني أن التبلد الانفعالي قائم وقوي (AFFECTIVE SCORE = 0).
- إن العلاقة مع البيئة والعالم الخارجي شبه منعدمة (SCORE = 0).
- إن الدرجات العليا التي حصل عليها السيد ع تتركز في منطقة الاضطرابات الكبرى بما في ذلك الذهان والتخلف.

إن درجة المرضية (PATHOLOGY) التي حصل عليها كانت مرتفعة جداً (١٩) بينما الدرجة السوية تتراوح ما بين صفر إلى ثلاثة. يضاف إلى ذلك ٥٩٪ من أجوبة المريض كانت عبارة عن وصف. وهذا الأمر يشير إلى وجود أسباب عضوية.

نلاحظ من خلال دراسة هذه الحالة، أن التقويم ضروري جداً لأنه يلقي الضوء على مختلف أوجه الاضطراب ويساعد بالتالي على التنبؤ

بمصير هذا الاضطراب واحتمال فعالية العلاج النفسي والطبي أو عدم فعاليته. ولا شك أن الوضع النفسي لهذه الحالة معقد ومتشابك (اضطراب ما بعد الصدمة، قصور ذهني، اضطراب ذهاني أو حالة من التفكك).

الخلاصة

علموا أبناءكم التفاؤل
والإيمان والشجاعة حتى يستطيعوا أن يتحملوا الحياة

تم تصنيف اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) كفئة مرضية مستقلة في عام ١٩٨٠ (جمعية الطب النفسي الأميركية). وكانت التسمية العلمية قبل هذا التاريخ غير محددة تماماً. إذ كان العلماء يستعملون بعض العبارات مثل عصاب المعارك أو عصاب الصدمة أو صدمة القصف (SHELL SHOCK). ومن المعروف أن كلمة عصاب واسعة من حيث المدلول وهي تشمل عدة اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والقلق والهستيريا إلخ. لذا، كان هذا التحديد الجديد (PTSD) عملاً علمياً مفيداً بالنسبة للأطباء والمعالجين والباحثين في مجال الصحة العقلية. إن اضطراب ما بعد الصدمة يرتبط بوجود ضغوط كبرى تتخطى الإطار المألوف للتجربة الإنسانية أو لقوة الاحتمال عند الشخص العادي (تعذيب، اغتصاب، عنف وقتل، حروب وكوارث). ومن المعلوم أن هذا الاضطراب يترافق بالاكتئاب والقلق. غير أن هذا لا يعني أن اضطراب ما بعد الصدمة هو حالة فقط من الاكتئاب أو القلق.

إن الاضطراب المذكور يتصف ببعض العوارض المميزة كما رأينا في الفصل الثاني (الأفكار الدخيلة والتبلد والنكران والتجنب والكوابيس واضطراب الجهاز العصبي المستقل). إن طبيعة هذا الاضطراب تختلف عن سواه من الاضطرابات النفسية. ويتناول المعيار الباتولوجي لهذا الاضطراب مسألة التعرض الشديد لحدث مؤلم أو لضغوط قوية تخرج عن حدود المألوف (جمعية الطب النفسي الأميركية، ١٩٨٧). من هنا يبدو أن اضطراب ما بعد الصدمة هو ردة فعل أو استجابة مرضية إزاء وضعية صادمة. وإذا كان الأمر كذلك، فلماذا لا يسقط في المرض جميع الأشخاص الذين يتعرضون لنفس الصدمة؟

هنا لا بد لنا من طرح مسألتين: الأولى تعود إلى دور البيئة الضاغطة (ECOPATHOLOGY) والثانية ترتبط بطبيعة الشخصية الانجراحية أو التي لديها استعداد مرضي (PSYCHOPATHOLOGY).

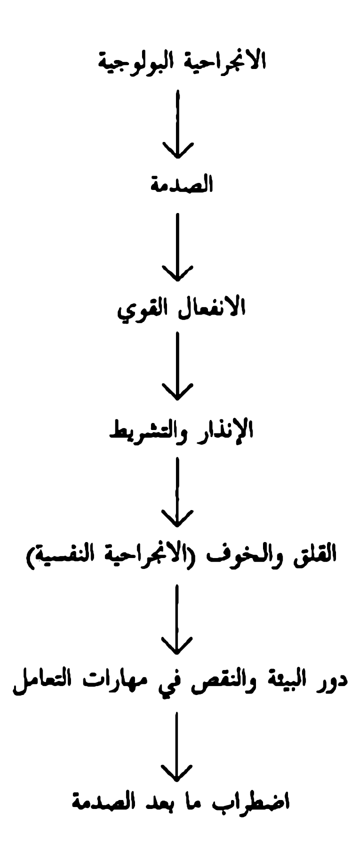
١ ـ الانجراحية البيولوجية (BIOLOGICAL VULNERABILITY):

يعتقد BARLOW (١٩٨٨) أن مخاوف الشخص تعود إلى وجود أرضية بيولوجية لا تسمح له بالصمود أمام الضغوط الإجهادية (STRESS) والتي تؤدي إلى استجابة الإنذار (ALARM REACTION).

فالشخص يحاول الهروب من الموقف أو الهجوم للدفاع عن الذات إزاء الخطر وقد يصاب بالجمود وشل الحركة. وهكذا، يحدث نوع من التشريط للسلوك بحيث يلجأ الشخص فيما بعد إلى نفس ردات الفعل إزاء وضعيات خطيرة أو مشابهة.

وقد يكون تقدير الخطر، في معظم الأحيان، مبالغاً فيه.

إن تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية يمكن أن يقدم لنا نموذجاً مفيداً لتفسير القلق واضطراب ما بعد الصدمة:



تشير بعض الدراسات الحديثة (DAVIDSON et al 1985, FOY et al 1987, 1992) إلى أن المقاتلين الأميركيين في حرب فيتنام والذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يتحدَّرون من عائلات لها تاريخ مرضي وبالأخص ظهور الهلع (PANIC) والقلق الشديد.

وهذا ما يسمح بالقول بأن هناك استعداداً مرضياً في العائلة ينتقل إلى الأبناء. ويعتقد (EYSENCK 1981) بأن هذا الاستعداد المرضي في مجال الخوف والقلق ينطوي على وجود حساسية زائدة في الجهاز العصبي المستقل. وهذه السمة المرضية هي التي تنتقل بالوراثة (زيادة إفراز مادة

النورادرينالين). ويشير (BARLOW 1989) إلى أن الأشخاص الذين يعانون من حالات الخوف والهلع يكون لديهم خفقان القلب مرتفعاً بالمقارنة مع الأسوياء. وهذا الأمر ينطبق على جنود فيتنام المصابين باضطراب ما بعد الصدمة بالمقارنة مع الأسوياء ومع الجنود الآخرين الذين لم يسقطوا في الاضطراب المذكور، لأن خفقان القلب عندهم بطيء.

٢ ـ الانجراحية النفسية:

إلى جانب الاستعداد المرضي عند الشخص (حساسية الجهاز العصبي المستقل، المخاوف في العائلة)، هناك عوامل نفسية سلبية لا تساعد على مقاومة الضغوط: غياب الرعاية أو الدعم الاجتماعي ـ العائلي، النقص في مهارات التعامل والتكيف أي الافتقار إلى الأساليب الناجحة للتعامل مع الضغوط، الجو التربوي السيء داخل الأسرة، التجنب والهروب من مواجهة الواقع، الأفكار السلبية والتشاؤمية إزاء الذات والعالم والمستقبل بحيث يردد الشخص دائماً: أنا عاجز وغير قادر على احتمال هذه الضغوط، لن أنجح في السيطرة على مخاوفي وانفعالاتي إلخ. لقد نبه (BECK 1976, 1985, 1993) إلى أن العديد من الاضطرابات النفسية مردها إلى أفكار سلبية من هذا النوع. إن الأشخاص الذين يعتقدون بأنهم لا يستطيعون السيطرة على المواقف وعلى انفعالاتهم وكأنهم ورقة في مهب الريح يكونون أكثر عرضة للسقوط في الاضطراب النفسي بما في ذلك القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، وهذه الأمور تنطبق على الجنود الأميركيين الذين أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة، (MURRILENCER and SOLOMON 1988).

إن الخلفية النفسية والتربوية غير الملائمة تعتبر عاملاً مساعداً للسقوط

في الاضطراب النفسي، ولكن هذا السقوط ليس دائماً حتمياً، إذ هناك عوامل أخرى قد تدفع أكثر إلى السقوط أو أنها تحول دون ذلك.

أجريت دراسة (HOBFOLL 1986, FOY 1992) على ٥٦ امرأة إسرائيلية وكان لكل منها شخصاً عزيزاً يقاتل في حرب لبنان (١٩٨٢). وقد تبين أن المرأة التي تمتلك مستوى عالياً من تقدير الذات قد واجهت القلق والخوف بشجاعة أكثر من تلك التي ينخفض لديها تقدير الذات. إن تقدير الذات من جهة (القدرات الذاتية) والدعم الاجتماعي من جهة أخرى (دور البيئة) هي من العوامل الأساسية التي تساعد الأشخاص الذين يتعرضون للضغوط على الصمود والتكيف مع تلك الضغوط.

تشير الأبحاث أيضاً (FOY et al 1992) إلى أن الشخص الذي يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة (وبالأخص الشكل المزمن) يمكن أن يكون قد تعرض منذ طفولته لأحداث مؤلمة قد جعلت منه شخصاً انجراحياً أي مهيئاً أكثر من سواه للسقوط في الاضطراب النفسي. إن الأطفال الذين تعرضوا منذ طفولتهم لأساليب الضرب والعنف والاعتداء الجسدي والجنسي سوف يتعرضون لاحقاً لاضطرابات نفسية بما فيها الجنوح والانحراف وعدم القدرة على احتمال الإحباط والتعامل مع الضغوط.

إن الشكل المزمن لاضطراب ما بعد الصدمة يعود (YEHUDA and MCFRARLANE 1995, FREIDMAN et al 1996, KULKA et al 1990) إلى وجود اضطراب في الشخصية وإلى نقص في مهارات التعامل مع الضغوط. لقد تبين أن الجنود الأمريكيين المقاتلين في فيتنام المصابين باضطراب ما بعد الصدمة (الشكل المزمن) كانوا يعانون قبل ذلك من وجود اضطرابات نفسية بالإضافة إلى عدم الاستقرار المهني والتشرد والبطالة والطلاق والغضب وتعاطي المخدرات واضطراب الشخصية. وتبين أيضاً أن العلاج النفسي لهذه الحالات يبدو صعباً للغاية لأنه يصعب على

أشخاص من هذا النوع أن يقيموا علاقات ناجحة مع البيئة. وإذا تجاوب هؤلاء الأشخاص مع جلسات العلاج النفسي (FORD et al 1997) فإن ذلك يبشر بإمكانية إحراز بعض التقدم في مسيرة العلاج.

٣ ـ مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة والتوجهات المستقبلية:

إن التعرض للكوارث والصدمات يعتبر عاملاً مهماً في حدوث اضطراب ما بعد الصدمة كما أقرت بذلك جمعية الطب النفسي الأميركية. والواقع، ليس جميع الأشخاص الذين يتعرضون لنفس الصدمة يعانون من الاضطراب نفسه. وهذا الأمر يتوقف على تفاعل العوامل الشخصية مع العوامل البيئية. يعتقد (QUARANTELLI 1985) بأن الصدمات والكوارث وضغوط البيئة المؤلمة قد تؤدي إلى حالة من الضيق الشديد والأسى (DISTRESS) وليس بالضرورة إلى اضطراب ما بعد الصدمة. وهذا الأمر يقودنا إلى التفكير في عبارة DISTRESS (أي الأسى أو الضيق) والتي استخدمتها جمعية الطب النفسي الأميركية لتعريف اضطراب ما بعد الصدمة. لذا، بالرغم من الجهود العلمية الممتازة التي قامت بها الجمعية المذكورة، يبقى هناك الكثير من الأمور، كما يعتقد ماكفرلان (MACFARLANE 1987)، والتي تحتاج إلى توضيح بخصوص اضطراب ما بعد الصدمة. إن دراسة الباحث المذكور على الناجين من حريق في أوستراليا قد طرحت بعض المسائل على بساط البحث، ومن هذه المسائل (MCFARLANE: 1993).

ـ إن الحدود الفاصلة بين اضطراب ما بعد الصدمة والهلع (PANIC) والاكتئاب الشديد غير واضحة تماماً بالرغم من جهود جمعية الطب

النفسي الأميركية لتحديد اضطراب ما بعد الصدمة.

إن الصدمات والكوارث لا تؤدي حصراً إلى اضطراب ما بعد الصدمة بل إلى اضطرابات أخرى كما رأينا.

- تبين أن ٣٩٪ من الناجين (حريق أستراليا) قد استمرت عندهم الأفكار الدخيلة لمدة أربع سنوات. ويعتقد MCFARLANE (المرجع نفسه) أن الأفكار الدخيلة هي مؤشر لوجود الضيق النفسي وليس بالضرورة لوجود اضطراب ما بعد الصدمة. إذ تبين أن الأفكار الدخيلة موجودة عند الناجين والأسوياء أيضاً. غير أن الفرق بين الاثنين يعود إلى وطأة تلك الأفكار وتشابكها مع العوارض والاضطرابات الأخرى بما في ذلك الاكتئاب الشديد والغضب والقلق وعدم التركيز لمدة طويلة من الزمن. وهذا الأمر لا يدع مجالاً للشك حول معيار الصدمة أو العوامل الضاغطة (STRESSORS). فالصدمة بحد ذاتها ليست دائماً سبباً مباشراً يحتم ظهور اضطراب ما بعد الصدمة، لأن هذا المنظار ينفي كل مسؤولية أو وجود خلل نفسي عند الشخص المصاب. ومن الأجدى أن نأخذ دائماً في الاعتبار عامل الصدمة وفي الوقت نفسه عامل الشخصية.الانجراحية والعوامل الثقافية والأخلاقية والاتنية للناجين. ولا ننسى ما للدعم الاجتماعي من تأثير إيجابي على الناجين من الصدمات والكوارث. بالمقارنة مع الجنود الأميركيين الذين قاتلوا في فيتنام. تبين أن اليهود الناجين من المجاز النازية (NADLER et al 1989) والذين يعيشون في الكيبوتز (تعاونيات زراعية مشتركة يتعايش فيها الأفراد ويتعاونون مع بعضهم البعض) قد أظهروا تكيفاً أفضل بكثير من أولئك الذين يعيشون في المدن.

- إن الدعم المادي والاجتماعي كان العامل الأهم في تحسين الظروف النفسية عند الأشخاص المذكورين. بينما حصل العكس بالنسبة

للجنود الأميركيين الذين عادوا من فيتنام ولكنهم لم يلقوا الدعم الاجتماعي المنشود باعتبار أن المجتمع ينظر إليهم على أنهم جماعة من المنحرفين والمجرمين بسبب ردات فعلهم العدوانية وسلوكهم المعادي للمجتمع (عدم تمكنهم من التأقلم مع الحياة المدنية).

إلى جانب الدعم الاجتماعي والذي يجب التركيز عليه في مجتمعاتنا لمساعدة المصابين باضطراب ما بعد الصدمة، هناك العلاج الطبي والنفسي. وبما أن هناك تشابهاً بين اضطراب ما بعد الصدمة والقلق وبالأخص الهلع (PANIC) كما يشير إلى ذلك (BARLOW 1988)، فإن بعض المعالجين النفسيين يعتقدون اليوم بأن تطبيق التقنيات العلاجية للهلع قد تكون مفيدة أيضاً لحالات اضطراب ما بعد الصدمة بما في ذلك الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث، التعرض والإغراق، الاسترخاء، تخفيض الحساسية للمنبه المؤلم، العلاج الجماعي والعائلي إلخ (BARLOW, 1988, 1989 SAIGH 1992). ويبدو أن هناك توجهات جديدة في هذا المجال يقوم بها بعض الباحثين والمعالجين في الولايات المتحدة.

٤ ـ الصدمة ونمو الذات:

إن استخلاص الدروس والعبر من تجارب الحياة والماضي مسألة مطروحة في تفكير البشر. وهناك نوعان من الناس: النوع الأول ونعني به الأشخاص الذين يتعلمون من تجاربهم السابقة ويتطورون في مجرى الزمن. أما النوع الثاني، فإنه يضم الأشخاص الذين لا يتعلمون شيئاً من تجاربهم الصادمة (تكرار الخطأ). وهذا يعني أن الصدمات والتجارب السابقة لا تندمج في نظامهم المعرفي بحيث لا تتم معالجة الانباءات (INFORMATION PROCESSING) إذ تبقى التجارب الحاصلة منفصلة

عن كيان الذات. وهذا العجز عن استيعاب معنى التجربة وإدماجها في النظام المعرفي عند الشخص يعود إلى وجود اضطراب عصابي أو اضطراب في الشخصية أو إلى نقص في مهارات التعامل والتكيف مع الضغوط.

حاول العلماء أن يدرسوا مسألة الإفادة من الصدمات والتجارب المؤلمة. ففي عام ١٩٨٩ قام AFFECK وزملاؤه بدراسة على عدد من الأشخاص الذين تعرضوا لأزمة قلبية. وقد وجدوا أن الذين استخلصوا العبر من تلك الأزمة قد بدلوا أسلوبهم الحياتي وأعادوا النظر في مواقفهم الروحية والدينية بشكل إيجابي. وتبين أن هؤلاء الأشخاص استطاعوا أن يتعاملوا مع المرض بنجاح حيث إنهم لم يتعرضوا ثانية لنفس الأزمة بعد متابعة دامت حوالي ثماني سنوات. ويبدو أن هناك ثلاثة أنواع من الإفادة التي يمكن أن يتوصل إليها الأشخاص من خلال تعاملهم مع الصدمات:

- التغيير الإيجابي في الشخصية.
- الاتجاه الإيجابي في العلاقة مع الآخرين.
- التغيير الإيجابي في فلسفة الحياة.

وفي دراسة حديثة، وجد MCMILLEN وزملاؤه (١٩٩٧) بأن الأشخاص الذين يستفيدون من الكوارث والصدمات يستطيعون أن يتخلصوا من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بحيث يتلاشى الاضطراب مع الوقت، أما الذين لا يستفيدون من الصدمة فإن الاضطراب المذكور سوف يستمر لديهم ولسنوات طويلة.

إن استخلاص الدروس والعبر من الأزمات والصدمات يؤدي إلى النمو في الشخصية (AFFECK et al 1996) وفي مهارات التعامل والتكيف.

من يتقبل الحياة بحلاوتها ومرارتها ويفتح قلبه للتجارب الجديدة ينجح أكثر في الإفادة من تلك التجارب ويتحقق النمو في شخصيته. إن القدرة

على استخلاص العبر والدروس تعتمد على وجود سلم من القيم والمعتقدات الإيجابية (الإيمان العميق بالقدرة الإلهية، والإيمان بالحياة وبقيمة الذات وفعل الإرادة والتفاؤل إلخ).

مراجع الخلاصة

- **Affeck G. and Tennen. H (1996)** Construing benefit from adversity. *J. of personality. 64, 899-922.*
- **Affeck. G. et al (1987)** Causal attribution, perceived benefit and morbidity following a heart attack. *J. Consulting and clini. psycho. 55, 29-35.*
- **Aldwin. C. (1994)** *Stress, coping and development.* New. York, Guildfor.
- **Barlow. H. (1988)** *Anxiety and its disorders,* New York, Guilford.
- **Barlow. H. et al (1989)** Behavioral treatment of panic disorder, *Beh. Therapy, 20, 261-282.*
- **Beck. A. (1976)** *Cognitive therapy and the emotional disorders.* N.Y. Inter. Univ. press.
- **Beck. A. and Emery. G. (1985)** *Anxiety disorders and phobias.* Basic books.
- **Davidson. J. et al (1985)** A diagnostic and family study of PTSD. *Am. J. psych. 142, 90-93.*
- **Ford. J. et al (1997)** Object relations as a predictor

of treatment outcome with chronic PTSD. *J. Consulting and clin. psycho. 4, 547-559.*

- Foy. D. (1992) *Treating PTSD.* N.Y. Guilford.

- Freidman. M. and Rosenbeck. R (1996) PTSD as a chronic disorder, *in Handbook for the treatment of the seriously mentally ill.* Wa, Huber.

- Hobfoll, S. (1986) Civilian adjustment to war-related stress, in *Stress coping in time of war* (Milgram), N.Y., Bruner-Mazel.

- Kulka. R. et al (1990) *Trauma and the Vietnam generation.* N.Y. Bruner-Mazel.

- McFarlane. A. (1988) Post-traumatic morbidity of a disaster. *J. of nervous and mental disease, 174, 4-14.*

- Mcfarlane. A. (1993) PTSD: Synthesis of research and clinical studies, the Australia bushfire disaster, in (Wilson and Raphael): *the inter. handbook of traumatic stress syndromes.*

- McMillen. J. et al (1995) Preceived benefit from child sexual abuse. *J. Consult. and clin. Psycho. 63, 1073-1043.*

- Murrilencer. M. and Solomon Z. (1988) Attributional style and combat related PTSD. *J. abnor. Psycho. 47, 308-313.*

- Nadler. A. et al (1989) Forty years later: long term consequences of massive traumatization as manifested by holocaust survivors from the city and the kibbutz. *J. consult. and clin. Psycho, 57, 287-293.*

- Quarantelli. E. (1985) *An assessment of conflicting views of mental health (Figley),*

Bruner-Mazel.

- **Saigh. P. (1992)** *PTSD*. Boston, Allyn and Bacon.

- **Tedeschi. R. and Calhoun. L. (1995)** *Trauma and transformation: growing in the aftermath of Suffering*. CA. Sage.

- **Tedeschi. R. and Calhoun. L. (1996)** The post-traumatic growth-inventory. *J. of traumatic stress. 9, 455-471.*

- **Yehuda. R. and McFarlane. A. (1995)** The conflict between current knowledge about PTSD and its original basis. *Am. J. Psych. 152, 1705-1713.*

Psychology of Wars and Disasters

(PTSD)

by
Dr Ghassan Yacoub

Dar Al - Faraby

ما هي الإنعكاسات النفسية للحروب والكوارث على الأشخاص الذين يتعرضون لها ويعانون منها؟ وما هو دور العلاج الطبي والنفسي؟

إن القارىء سوف يجد الردود على هذه التساؤلات في هذا الكتاب.

إن طرح موضوع سيكولوجيا الحروب والكوارث يمكن أن يشكل مسألة استراتيجية وحيوية بالنسبة للبلدان العربية باعتبار أن هذه المنطقة قد تعرضت حتى الآن لسلسلة من الحروب وأعمال العنف، (الحروب الإسرائيلية - العربية، الحرب اللبنانية، حرب العراق وإيران، حرب تحرير الكويت، أعمال العنف والقمع والتعذيب التي تمارسها قوات العدو الإسرائيلي ضد الفلسطينيين وضد رجال المقاومة اللبنانية ألخ).

كثير من المآسي والآلام النفسية نجمت عن هذه الحروب ولا يزال الآلاف من الناجين يعانون منها حتى الآن ولكن دون أن يدري بهم أحد وذلك لافتقار الدراسات الإكلينيكية والميدانية. إن هذا الموضوع لم يطرح بعد في مجتمعاتنا بشكل علمي ولم يدرك المسؤولون في البلدان العربية جسامة الأخطار النفسية على العسكريين والمدنيين والأطفال. لذا هناك حاجة ماسة للإهتمام بضحايا الحروب من أجل تأهيلهم وعلاجهم.